- FACULTE DE MEDECINE DE PARIS -

Année 1960 N° 111

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

RAIMBERT Philippe, Jean-François
Né le 7 Décembre 1932 à Paris
Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1960

ETUDE SEMEIOLOGIQUE DES FAUX KYSTES DU PANCREAS

Président : M. Charles DEBRAY, Professeur

- FACULTE DE MEDECINE DE PARIS -

Année 1960 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

RAIMBERT Philippe, Jean-François

Né le 7 Décembre 1932 à Paris
Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE SEMEIOLOGIQUE DES FAUX KYSTES DU PANCREAS

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président : M. Charles DEBRAY, Professeur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538108_0038

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN : Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR : Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales (Beaujon	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales) Cochin	QUENU (J.)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu	MENEGAUX (G.)
Cliniques chirurgicales) Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales (Salpétrière	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R.)

...

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Broca (P.), Bullard (H.),
Cadenat (F.), Chabrol (E.), Chamoy (C.), Chevallier (P.),
Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillain (G.),
Halpben (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.),
Lamache (P.), Lerroche (G.), Lemoine (C.), Lévy-Solal (E.),
Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.),
Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (M.), Moreau (R.), Mulon (P.),
Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Veiter (F.).

DOYEN : Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR : Jean VERNE

I - PROFESSEURS

Anatomie ..... CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel) ..... DELMAS (A.)
Anatomie cathologique ..... DELARUE (J.)
Anesthésiologie ..... BAUMANN (J.)
Bactériologie ..... PASCUELLE (R.)
Biochimie médicale ..... JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education Physique
et aux Sports ..... CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale ..... FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale ..... BERNARD (J.)
Clinique cardiologique (Inst. G. Roussy). REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) ..... MOUQUIN (M.)
Clinique chirurgicale ..... SICARD (A.)
Clinique de chirurgie infantile ..... GUERIN (J.)
et orthopédique (Enfants-Malades) ..... MENEGAUX (G.)
Clinique chirurgicale orthopédique
et réparatrice (Cochin) ..... MOULONGUET (P.)
MERLE D'AUBIGNE (R.)
FEVRE (M.)
GOSSET (J.)

Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpétrière)	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales (Broussais)	GENNES (L. de)
Cliniques médicales (Cochin)	JUSTIN-BESANCON (L.)
Cliniques médicales (Hôtel-Dieu)	BARIETY (M.)
Cliniques médicales (Lariboisière)	SOULIE (P.)
Cliniques médicales (Pitié)	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales (St-Antoine)	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque)	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales (Port-Royal)	N...
Cliniques obstétricales (Tarnier)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpétrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SENEQUE (J.)

...

Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (P.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique générale médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	PRUNET-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	Broussais Cochin Hôtel-Dieu Laribosière Pitié St-Antoine
	GERMES (L. de) JUSTIN-BESANCON (L.) BARIETY (M.) SCULIE (P.) DREYFUS (G.) KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale préventive	PASTEUR VALLERY-RADOT(L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque Port-Royal Tarnier
	LACOMME (M.) N... VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Laribosière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SENEQUE (J.)

...

Clinique thérapeutique médicale(St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin).....	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel).....	DJOURNO (A.)
Embryologie.....	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie.....	VERNE (J.)
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel).....	DEPARIS (M.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau).....	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (P.)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H.)
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie.....	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale.....	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique.....	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée.....	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel).....	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale.....	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale.....	CHEYMOL (J.)
Physiologie.....	BINET (L.)
Physiologie (chaire à titre personnel)....	BARGETON (D.)
Physique médicale.....	DOGNON (A.)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale.....	PATEL (J.)
Thérapeutique.....	BROUET (G.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.
Anatomie.....	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique.....	GAUTHIER-VILLARS (Melle P) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie.....	VOURC'H (G.)

...

Bactériologie.....	(NEVOT (A.)) pr. s. ch. (BARBIER (P.)) CHRISTOL (D.) (TOURNIER (P.)
Biochimie médicale.....	(DESGREZ (P.) pr. s. ch.) POLONOSKI (J.) m. conf. (SCHAPIRA (G.) m. conf.
Biologie médicale.....	BOURLIERE (F.) m. conf.
Carcinologie.....	(DENOIX (P.)) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie.....	DUPERRAT (B.)
Electro-radiologie.....	LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie.....	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Hématologie.....	(BILSKI-PASQUIER (G.)) DAUSSET (J.)
Histologie.....	(COUJARD (R.) pr. s. ch.) MAROIS (M.) (RACADOT (J.)
Hydrologie.....	CORNET (A.)
Hygiène.....	(BOYER (J.) pr. s. ch.) CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses.....	(BASTIN (R.)) DUPONT (V.)
Médecine légale.....	(DEROBERT (L.) pr. s. ch.) HADENGUE (A.) (FOURNIER (E.)) GUENIOT (M.)
Médecine du travail.....	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie.....	DAVID (M.)
Neurologie.....	LHERMITTE (F.)
Obstétrique.....	(GRANJON (A.)) HERVET (E.) (LE LORIER (G.)) MORIN (P.) (MUSSET (R.)) ROBEY (M.) (THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie.....	(BREGEAT (P.)) SARAUX (H.)

...

Orthopédie.....	(JUDET (R.)) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie.....	DEBAIN (J.)
Parasitologie.....	(BRUMPT (L.C.) pr. s. ch.) CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale.....	(BARCAT (J.)) BINET (J.-P.) (CAUCHOIX (J.)) CHATELIN (C.-L.) (DUBOST (Ch.)) DUBOST (Cl.) (FAUREL (J.)) FLABEAU (F.) (GERMAIN (A.)) LAURENCE (G.) agr. per. (LORTAT-JACOB (J.-L.)) LOYGUE (J.) (MERCADIER) PERROTIN (J.) (ROBERT (H.)) THOMERET (G.)
Pathologie exotique.....	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale.....	(CROSNIER (J.)) HARTMANN (L.) (LOEPER (J.)) MAURICE (J.) (PLAS (F.)) RICHET (G.)
Pathologie médicale.....	(AUSSANNAIRE (M.)) BOUR (H.) (BOUVIER (J.)) BOUVRAIN (Y.) (BRICAIRE (H.)) BRISSAUD (H.) (BROCARD (H.)) BUGE (A.) (CASTAIGNE (P.) m. conf.) CATINAT (J.) (CONTAMIN (F.)) COURY (C.) (FREZAL (J.)) HOUSSET (E.) (LAROCHE (Cl.)) LESOBRE (R.) (MACREZ (C.)) NICK (J.) (PEQUIGNOT (H.) m. conf.) ROYER (P.) (WOLFROMM (R.)

...

Pédiatrie-Puériculture.....	(JOSEPH (R.)) MANDE (R.) (MOZZICONACCI (P.)) POLONOVSKI (C.) (ROSSIER (A.)
Pharmacologie.....	(LEVY (Melle J.) pr. s. ch.) BOISSIER (J.) (LECHAT (P.)
Physiologie.....	(PARROT (J.) pr. s. ch.) DEJOURS (P.)
Physique médicale.....	GOUGEROT (L.) m. conf.
Pneumo phtisiologie.....	KREIS (B.)
Psychiatrie.....	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile.....	DUCHE (D.)
Rhumatologie.....	DELBARRE (F.)
Stomatologie.....	(CERNEA (P.)) CHAPUT (Mme A) m. c. agr. (GRELLET (M.)
Thérapeutique.....	(CHASSAGNE (P.)) LAMOTTE (M.)
Urologie.....	QUENU (L.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM
Clinique chirurgicale.....	(ABOULKER (P.)) AMELINE (A.) (HUGUIER (J.)) LEGER (L.) (OLIVIER (C.)) PADOVANI (P.) (POILLEUX (F.)) ROUX (M.) (VERNE (J.-M.)

...

Clinique médicale.....	(HAGUENEAU (J.) pr. s. ch.) BOUDIN (G.) (CONTE (M.)) DOMART (A.) (MILLIEZ (P.)) PERRAULT (M.) (RAMBERT (P.)) THIEFFRY (S.) (TURIAF (J.)
Clinique neuro-rhumatologique.....	SEZE (S. de)
Clinique obstétricale.....	(GRASSET (J.)) LEPAGE (F.) (MAYER (M.)) MERGER (R.) (RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique.....	(DESVIGNES (P.)) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique..	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique.....	BARUK (H.)
Clinique urologique.....	KUSS (R.)

IV - PROFESSEURS DETACHES

DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie.....	HAUDUROY (P.) pr. s. ch.
Biochimie médicale.....	ETTORI (J.) pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale.....	RUDLER (J.) pr. s. ch.
Secrétaire général de la Faculté...	M. LENA (J.)
Secrétaires.....	Mme BEURLAND (H.), Melle CHAINTREUIL (G.), Melle HURE (A.)
Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque.....	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs.....	Melles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires.....	(Mme CONTET (J.),) Melles LAURENT (H.), (LE NOIR (G.),) QUIEVREUX (E.)

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

LE DOCTEUR O. AMOEDO

A LA MEMOIRE DE MON PERE

LE DOCTEUR BERNARD RAIMBERT

A MA MERE

Faible témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A MA FEMME ET A MA FILLE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A notre Maître et Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARLES DEBRAY

Professeur de Clinique Médicale d'Hydrologie Thérapeutique
et de Climatologie à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Bichat
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui, nous ayant accueilli dans son Service, nous a fait bénéficier de son enseignement à la fois si précis et si agréable,

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre Jury de Thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respectueux attachement.

Aux membres de notre Jury de Thèse.

A notre Maître

LE DOCTEUR R. SOUPAULT

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Ancien Président
de la Société Nationale Française de Gastro-entérologie
Membre de l'Académie de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, a suivi pas à pas nos efforts, nous a conseillé avec beaucoup de compréhension et nous a prodigué des marques de sympathie auxquelles nous fûmes particulièrement sensibles.

A notre Maître

LE DOCTEUR R. CATTAN

Professeur au Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris
Médecin de l'Hôpital St-Antoine
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous avons eu la chance d'être son élève et de bénéficier de son enseignement qu'il nous a prodigué avec beaucoup de bienveillance. Qu'il trouve ici l'expression de toute notre gratitude.

A notre Maître

LE DOCTEUR P. PORCHER

Electro-radiologiste de l'Hôpital St-Antoine
et de l'Hôpital Américain de Neuilly
Membre de l'Académie de Médecine et de l'Académie de Chirurgie

Témoignage de gratitude pour son enseignement de la radiologie digestive.

A notre Maître

LE DOCTEUR E. BOLTANSKI

Professeur au Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris
Médecin de l'Hôpital Laënnec
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a accueilli dans son Service et que nous remercions de ses conseils et de la sympathie qu'il nous a témoignée.

A Messieurs les Docteurs

JEAN AUZELOUX

Chef de la Consultation d'Urologie de l'Hôpital Cochin

JEAN COTTET

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Chef de Laboratoire à l'Hôpital St-Antoine
Chevalier de la Légion d'Honneur

ALFRED BENSAUDE

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Médecin Chef de l'Hôpital du Raincy

Faible témoignage de notre reconnaissance pour l'aide qu'ils nous ont apportée tout au long de nos études.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HIVET

Attaché de chirurgie à l'Hôpital St-Antoine

Nous le remercions vivement de l'amabilité avec laquelle il nous a confié plusieurs observations.

AVANT-PROPOS

Si, au 60ème Congrès Français de Chirurgie (octobre 1958) dont un des thèmes était le "Traitement chirurgical des formations kystiques et pseudo-kystiques du pancréas", un travail considérable basé à la fois sur des données expérimentales, cliniques et bibliographiques apportées par le Pr. Mallet-Guy et son élève Michoulier, de Lyon (statistique de 568 observations, la presque totalité de la casuistique mondiale) et par le Pr. Mercadier, à Paris, semble avoir fait le point sur les diverses possibilités chirurgicales et sur l'intérêt respectif des méthodes thérapeutiques, par contre, le côté clinique ne semble pas avoir retenu l'attention au même degré.

Ce problème, d'après nos recherches, n'a presque jamais été abordé dans son ensemble, en tout cas depuis ces années récentes, et c'est pourtant un problème d'une grande importance pratique.

Notre Maître, le Dr. R. Soupault publiant récemment (mai 1959) cinq cas de faux kystes du pancréas observés en deux ans, démontrait de façon claire que les difficultés majeures résident plus encore dans le diagnostic que dans la thérapeutique.

En dehors des cinq observations de notre Maître, nous avons glâné à travers la littérature une série d'observations isolées venant plaider dans le même sens.

Le diagnostic des faux kystes du pancréas est souvent tardivement fait, parfois très tardivement. Ce retard a des inconvénients notables et laisse passer l'heure favorable à une intervention relativement aisée, donc efficace. Il place le chirurgien devant une situation précaire, les lésions étant devenues complexes et même compliquées chez un sujet affaibli, à l'état général déclinant.

Comment expliquer cette carence si fréquente du diagnostic des faux kystes du pancréas ? Une des explications se trouve peut-être dans le fait que la séméiologie de ces faux kystes est décrite dans les manuels ou les traités de chirurgie et que, très vite, l'étudiant s'orientant vers la médecine n'en entend plus qu'exceptionnellement parler, la question ne faisant pas partie de son programme et les occasions fournies par le hasard étant, somme toute, très rares.

...

Ainsi donc, rien ne vient suggérer au clinicien, au praticien appelé au chevet d'un malade avant qu'on ait songé à recourir au chirurgien, la solution de l'énigme. Et pourtant l'on a vu, et l'on verra au cours de ce travail, à quelles conséquences conduisent ces lenteurs.

Or, si comme nous le disions plus haut, les faux kystes du pancréas étaient considérés et étaient en fait des accidents rares jusqu'à nos jours, tout porte à penser qu'on en verra de plus en plus fréquemment.

Jusqu'ici, les gros traumatismes épigastriques, les pancréatites aiguës hémorragiques ou infarctus du pancréas, avec leur choc, qui sont les deux circonstances étiologiques essentielles des faux kystes, tuaient dans une proportion qui n'est pas éloignée de 80 %, les sujets atteints ; avec les perfectionnements actuels des traitements que nous n'avons pas à énumérer ici, beaucoup de guérisons autrefois inespérées surviennent.

Si la mort, dans l'avenir, n'est plus la sanction presque inévitable de ces "abdomens aigus", par contre, la rançon se trouvera être la production fréquente ou relativement fréquente de faux kystes.

Les arguments en faveur d'une meilleure connaissance séméiologique de ce chapitre de pathologie abdominale prennent, si notre hypothèse est exacte, une importance accrue ; ce qui n'avait un intérêt, somme toute, exceptionnel, devient une nécessité de pratique fréquente sinon courante et c'est pourquoi nous nous sommes proposés cette étude.

Nous avons fait l'analyse d'un grand nombre d'observations publiées de ci de là, qui nous paraissaient comporter non seulement des détails précis, mais une authenticité réelle. Grâce à leur confrontation et aux recoupements qui s'ensuivaient, les détails séméiologiques ont pris plus ou moins de relief et nous avons pu nous convaincre qu'un véritable tableau clinique pouvait être tracé, non comme une vue de l'esprit, mais basé sur des faits nombreux et vécus. Bien entendu, nous avons pris grand soin de reconnaître leur juste place aux notions classiques de très grande portée, parfois trop oubliées, trop peu répandues.

Et enfin, à côté de la pure clinique, nous montrerons qu'il existe actuellement des méthodes auxiliaires, physiques, chimiques et biologiques qui ne seront pas d'une mince contribution pour l'établissement d'un juste diagnostic.

...

HISTORIQUE

Si les kystes du pancréas sont connus depuis fort longtemps, le premier cas aurait été observé par Morgagni en 1789.

Les premières descriptions cliniques remontent à 1830 (Becourt) et 1865 (Anger et le Dentu).

C'est à Kofte (1898 et 1911) que revient le mérite d'avoir établi la distinction entre vrai et faux kyste du pancréas.

Depuis, d'innombrables travaux sont venus étayer nos connaissances sur cette affection.

- Ceux de Quénu, Desvaux de Lyf et Mathieu en 1912.

- Puis le mémoire de Mocquot et Constantini en 1925 sur les faux kystes traumatiques.

- Viennent ensuite des études concernant surtout la thérapeutique par anastomoses diverses et les travaux de Brocq, Aboulker et Juracz.

- P L A N -

Après avoir donné une définition des faux kystes du pancréas et apporté trois récentes observations (nous laisserons délibérément de côté tout ce qui concerne les théories pathogéniques), nous avons établi l'étude de notre sujet selon le plan suivant :

- Circonstances étiologiques et modes d'apparition.

  Le Terrain.

- Aspects anatomo-pathologiques et leurs conséquences évolutives.

- Aspects séméiologiques (forme habituelle corporéo-caudale)

  - notions anamnestiques
  - signes fonctionnels
  - signes généraux
  - données de l'examen clinique.

- Signes d'emprunt et aspects évolutifs liés

  - aux phénomènes de compression
  - aux phénomènes d'irritation de voisinage.

- Intérêt des examens complémentaires

  - biologiques
  - radiographiques
  - spéciaux.

Puis,

- Etude des formes à localisation atypique.

- Etude des formes compliquées.

DEFINITION

Le faux kyste du pancréas est une collection liquidienne d'origine pancréatique, à contenu pancréatique, à tendance extensive, sans parois propres et plus ou moins circonscrit par l'accolement des mésos et les parois des organes de voisinage, mais pouvant dans certains cas exceptionnels envoyer des fusées à distance, et, enfin, consécutive le plus souvent à une pancréatite aiguë ou à un violent traumatisme épigastrique.

Cette définition élimine sans difficultés et sans discussion les vrais kystes du pancréas qui présentent une paroi propre avec revêtement épithélial, mais aussi ce que l'on a appelé, à tort, les kystes par rétention, dilatations de l'arbre canalaire pancréatique en rapport avec un obstacle mécanique sur la voie excrétrice.

D'ailleurs, notre Maître, le Dr. Soupault, a proposé, pour éviter toute confusion, de donner à cette affection, d'étiologie et de thérapeutique particulières, la dénomination d'"hydropancréatose" (ou de pancréatectasie), terme qui a déjà fait école.

Notons toutefois que, d'une part, le diagnostic opératoire entre faux kyste et hydropancréatose peut être délicat à première vue et que, d'autre part, dans certains "vrais" faux kystes, dus par exemple à une pancréatite aiguë, il est possible de reconnaître certains éléments évoquant une distension préalable de l'arbre canalaire (en rapport avec un obstacle du Wirsung et peut-être responsable aussi, en partie, de la pancréatite), d'où coexistence de faux kyste et d'hydropancréatose.

Enfin, n'oublions pas de rappeler que certaines observations modernes ont confirmé cette notion déjà indiquée autrefois que les faux kystes pouvaient se développer au sein même du parenchyme pancréatique, ce qui en modifie évidemment beaucoup les caractères anatomo-cliniques.

Il est indispensable de circonscrire ainsi très nettement le sujet, sous peine de retomber dans une confusion trop souvent rencontrée dans les publications, même sous les plumes les plus autorisées.

OBSERVATIONS

Observation I

Madame AUD...., 47 ans, entre dans le Service du Dr. Cattan le 20 avril 1959 pour un syndrome douloureux abdominal.

On ne retrouve pas d'antécédents familiaux, mais la malade a déjà présenté depuis 3 ou 4 ans quelques épisodes d'infections urinaires avec troubles de la miction ayant motivé un examen du culot urinaire, qui aurait révélé des traces de pus, et un traitement au Rufol et aux antiseptiques urinaires.

10 jours avant l'hospitalisation, l'affection a débuté par des douleurs épigastriques à type de tiraillements, sans nausées, persistant toute la journée, non calmées par la prise d'aliments.

Les douleurs se sont étendues à tout l'abdomen, ont prédominé dans les fosses iliaques sans irradiations postérieures, ont augmenté d'intensité et se sont accompagnées vers le septième jour de vomissements alimentaires répétés sans arrêt du transit intestinal mais avec météorisme abdominal immobile.

Parallèlement, la température s'est élevée à 38° avec pouls à 108. La prise de Belladone, de Largactil et de Pro-Banthine à faible dose n'ayant pas apporté d'amélioration clinique nette, la malade se décide à entrer à l'Hôpital.

A son entrée dans le Service le 20 avril, soit 10 jours après le début des troubles, l'examen montre une atteinte modérée de l'état général.

Il révèle, en outre, un météorisme abdominal sans ondulations péristaltiques, une défense de l'hypocondre gauche et de la fosse iliaque qui paraissent douloureux à la palpation.

La percussion semble mettre en évidence une matité déclive, mobile qui, pouvant correspondre à une discrète lame d'ascite, disparaîtra rapidement et ne sera pas ponctionnée.

...

Le foie paraît augmenté de volume, débordant de deux ou trois travers de doigt.

La défense de l'hypocondre gauche empêche la recherche d'une éventuelle splénomégalie.

La fosse lombaire gauche est très sensible.

Enfin, le TR et le TV sont négatifs.

Des examens biologiques montrent une azotémie à 0, 80 g par litre, une glycémie à 2, 01 g avec glycosurie, une anémie modérée à 3 760 000 G.R. et une leucocytose à 13 200 avec 70 % de P.N. - Culot urinaire normal - Amylasémie et amylasurie normales - Une radio pulmonaire est normale.

Le 24 avril, la défense abdominale s'estompe et l'on perçoit alors une masse abdominale volumineuse s'étendant à la fosse iliaque gauche, l'hypocondre gauche et la fosse lombaire gauche, rejoignant à droite la masse hépatique, fixe, donnant le contact lombaire à gauche, douloureuse à la pression.

Après avoir évoqué la possibilité d'un abcès d'un lobe hépatique gauche ou d'une énorme splénomégalie, on pense également à un très gros rein ou à une tumeur pararénale.

Le 28 avril 1959, une laparoscopie montre un foie et une rate d'aspect normal, mais qui sont refoulés vers le haut par une masse rétropéritonéale.

Le 29 avril 1959, une urographie intraveineuse montre une morphologie rénale normale, l'absence d'hydronéphrose ; un cliché de profil semble situer la masse en avant du rein gauche.

Enfin, un examen radiologique gastro-duodénal, le 5 mai 1959, montre une image gastrique pseudo-lacunaire du corps de l'estomac avec ouverture de l'angle - Déplacement de l'estomac en avant - Etirement du bulbe et du deuxième duodénum avec arrondissement de l'angle de raccordement entre ces deux portions - Abaissement et déplacement à droite de l'angle de Treitz qui vient se situer approximativement au-dessous de la région antro-bulbaire - Conservation du plissement muqueux dans l'ensemble du cadre duodénal.

C'est alors sur l'existence de l'empâtement douloureux de l'étage supérieur de l'abdomen, la découverte de ce diabète d'apparition récente, les images radiologiques gastro-duodénales de compression extrinsèque par une masse rétropéritonéale (Laparoscopie) que l'on fait le diagnostic de masse pancréatique probablement pseudo-kystique.

...

La malade est confiée dans le Service du Pr. Gosset au Dr. Hivet qui, le 14 mai 1959, intervient et découvre une tuméfaction occupant pratiquement toute la loge rétrogastrique, limitée en avant par l'estomac et le ligament gastro-colique, sans paroi propre.

Une radiographie montre la présence de deux grosses poches qui ne semblent pas communiquer avec le duodénum.

Dans un deuxième temps, une radio faite par la vésicule montre la présence d'un micro-cholédoque filiforme avec passage normal dans le duodénum. La bile paraissant sous tension, on fait une cholécystostomie et l'on se borne à pratiquer un drainage du faux kyste, drainage situé à la partie inférieure du mésocôlon transverse et entouré d'épiploons.

Les suites sont très simples.

Le drain est définitivement enlevé le 23 août après tarissement définitif de la fistule.

La malade revue en novembre 1959 va très bien, ne présente aucun signe fonctionnel. L'examen somatique est négatif.

Des radiographies gastro-duodénales sont strictement normales ainsi que des dosages d'amylasémie et d'amylasurie respectivement à 4, 6 U. Vincent Segonzac et à 64 U. Wolgmuth.

Seule persiste comme séquelle de cet accident une perturbation de l'hyperglycémie provoquée.

La glycémie à jeun étant à 1, 10 g
on assiste à une ascension à 2, 20 g à 30 minutes,
2, 50 g à 1 heure,
1, 80 g à 1 heure 30,
1, 10 g à 2 heures.

En résumé, il s'agit d'une malade qui a des antécédents d'infections urinaires et a présenté une crise de pancréatite aiguë larvée. 15 jours environ après celle-ci apparaît une masse de l'étage supérieur de l'abdomen semblant à première vue d'origine rénale d'autant qu'il existe une nette aggravation des signes d'infection urinaire.

L'ensemble des investigations, U.I.V., laparoscopie, examen radiologique gastroduodénal oriente vers le diagnostic de faux kyste du pancréas.

L'intervention, simple drainage externe apporte la guérison définitive grevée uniquement d'une perturbation de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée qui reste de type diabétique.

...

Fig. 1 : Observation N°1 Mme AUD
Image pseudo-lacunaire, en coeur de carte à jouer, du corps de l'estomac.
Arrondissement de l'angle de raccordement D_1-D_2.

Fig. 2 : Observation N°2 Mme AUG...
Dilatation considérable de l'arc vasculaire gastro-épiploïque.

Fig. 3 : (d'après Stone)

Pièce de néphrectomie.
Même au cours de l'intervention, le diagnostic de faux-kyste du pancréas n'a pu être porté - une dissection difficile a permis d'extraire une volumineuse poche kystique (B) intimement adhérente au rein gauche (A) qui fut prise pour une tumeur du pôle supérieur du rein.

observation II

Mme AUG..., 39 ans, entre dans le Service du Dr. Cattan le 4 janvier 1958 pour un syndrome douloureux abdominal.

Dans ses antécédents, on note qu'elle a subi une hystérectomie totale il y a un an pour fibrome et que, depuis deux ans, elle présente des douleurs épigastriques à irradiations postérieures, interscapulo-vertébrales droites et gauches sans horaire précis ni périodicité, rebelles à toutes les thérapeutiques et parfois accompagnées de diarrhées passagères.

Deux mois avant l'hospitalisation, aggravation nette du syndrome douloureux qui n'est calmé que par des vomissements.

Altération de l'état général avec anorexie globale.

Amaigrissement de 18 kgs et asthénie qui s'est accentuée progressivement. Celle-ci a entraîné une réduction de l'activité, puis à confiné la malade au lit.

La courbe thermique s'est décalée et oscille autour de 38°.

L'examen révèle, outre l'amaigrissement et une certaine pâleur, une tache pigmentée périombilicale et autour de la cicatrice d'hystérectomie.

Le pouls est à 120 - la T.A. à 10-6 - le coeur est normal.

Il n'y a pas de matité pulmonaire et un cliché du thorax se révèle normal. L'abdomen est sensible dans son ensemble, mais l'on ne perçoit ni de gros foie ni de splénomégalie.

Devant ce tableau associant troubles digestifs avec douleurs épigastriques, vomissements d'une part, amaigrissement et asthénie importante d'autre part (bien qu'il n'y ait pas de diminution de la force musculaire à l'épreuve du Dynamomètre) et cette pigmentation cutanée abdominale isolée, c'est le diagnostic d'insuffisance surrénale lente qui est évoqué.

Alors que des doutes apparaissent progressivement sur la réalité de cette maladie d'Addison, survient un épisode d'infection urinaire (tout à fait inhabituel chez cette malade). Des urographies intraveineuses se révèlent pourtant normales et il n'y a même pas d'image de refoulement ou de compression extrinsèque. D'ailleurs, ces troubles disparaissent très rapidement avec un traitement de quelques jours au Rufol.

Des radiographies gastriques, le 8 février 1958, ne décèlent aucune anomalie.

...

Une vitesse de sédimentation élevée (35-80-126) restant sans explication, on demande une nouvelle radiographie pulmonaire sur laquelle on observe, au niveau du cul de sac gauche, un aspect incontestablement anormal. A première vue, il s'agit d'un comblement du cul de sac, mais, en fait, cette opacité n'est pas homogène mais striée horizontalement par deux ou trois lignes superposées.

Ce n'est que sur de nouvelles radios gastriques que l'on découvrira de minuscules opacités à droite de la colonne évoquant une lithiase pancréatique. L'attention désormais attirée sur cet organe, on trouve une épreuve de Warter perturbée (absorption 57 %), une amylasémie normale et une amylasurie légèrement augmentée à 15 unités S. ($N < 5$).

Il convient de noter que deux mois après l'hospitalisation de la malade, on ne percevait toujours rien à l'examen de l'abdomen et qu'il n'a pas été possible de mettre cliniquement en évidence de masse pancréatique.

C'est avec le diagnostic de pancréatite lithiasique que la malade est opérée, le 6 mars 1958, par le Dr. Soupault qui découvre plusieurs cavités pseudo-kystiques communiquant avec le Wirsung et le duodénum - Traitement par drainage externe - Les suites opératoires sont favorables et l'on assiste à un tarissement de la fistule.

Pourtant, de nouvelles crises douloureuses surviennent, témoignant de l'évolution de la pancréatite ; une nouvelle intervention est rendue nécessaire le 17 décembre 1958 (Dr. Soupault), intervention extrêmement difficile à cause de la sclérose des mésos, de l'adhérence absolument intime de la face postérieure de l'estomac et de la racine du mésocôlon transverse à la face antérieure du pancréas, à cause enfin de l'existence de varicosités extrêmement importantes des vaisseaux périgastriques et de l'arrière cavité des épiploons.

Le pancréas est dur, pierreux ; on découvre une splénomégalie et une thrombose des vaisseaux spléniques.

Enfin, on effectue une pancréatectomie de la queue ; la malade présente des suites opératoires simples et la guérison au bout d'un délai de 18 mois paraît consolidée.

On voit qu'il s'agit d'une malade chez qui le diagnostic a été rendu très difficile du fait de l'absence de tuméfaction abdominale palpable.

...

La pigmentation péri-ombilicale doit être retenue. Il semble que ce soit un signe très rarement retrouvé mais de grande valeur diagnostique. Elle a, malheureusement, assez rarement l'aspect d'une tache ecchymotique orientant vers un épanchement hématique intra-abdominal.

Par contre, le tableau présenté par cette malade a égaré vers une affection endocrinienne, puis vers une affection rénale. Une image anormale de la base pulmonaire gauche, qui a pu paraître contingente, doit très probablement, comme les signes urinaires, être rapportée à ce faux kyste du pancréas. Nous verrons que cet aspect, connu sous le nom de signe de Hulten, peut avoir une très grande valeur diagnostique en faveur d'une affection pancréatique.

A noter, enfin, les lésions vasculaires veineuses rencontrées au cours de la deuxième intervention et l'existence d'une splénomégalie, témoin de la compression de la veine splénique.

observation III

Nous avons pu observer ce malade à l'occasion d'un examen radiologique gastro-duodénal que nous avons effectué dans le Service de notre Maître, le Dr. Porcher.

Il s'agit d'un jeune garçon de 15 ans qui est hospitalisé dans le Service du Pr. Gosset en mars 1958.

En octobre 1957, il a subi un choc d'une grande violence au niveau de l'hypocondre gauche (socle de tracteur) qui a entraîné des douleurs épigastriques atroces ; le malade, après s'être roulé par terre, a réussi à rentrer chez lui et a présenté des vomissements et une élévation thermique à 38-39°.

Au bout de quelques jours, ces troubles se sont amendés, mais on notait un amaigrissement considérable et progressif. Il a alors été hospitalisé en province et y a subi une intervention chirurgicale (dont on ne peut avoir le compte rendu) qui n'a pas été suivie de draînage externe.

A son arrivée dans le Service du Pr. Gosset, l'état général est considérablement altéré, le malade a maigri de 20 kgs et l'on perçoit facilement une masse de l'hypocondre gauche qui refoule d'ailleurs l'estomac en avant, comme le prouve l'examen radiologique.

...

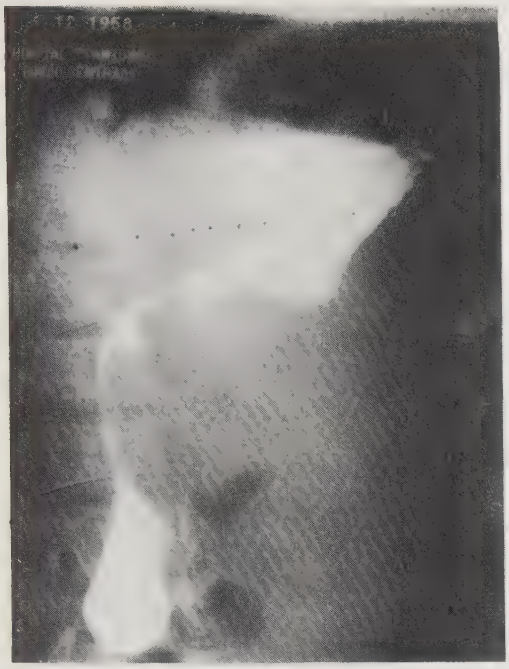

Fig. 4 : Observation N°3 LAV...
Incidence oblique.
- Laminage de D_2 qui est refoulé à droite.

Fig. 5 : Observation N°3 LAV..
Profil strict montrant le refoulement du corps gastrique par une masse postérieure.

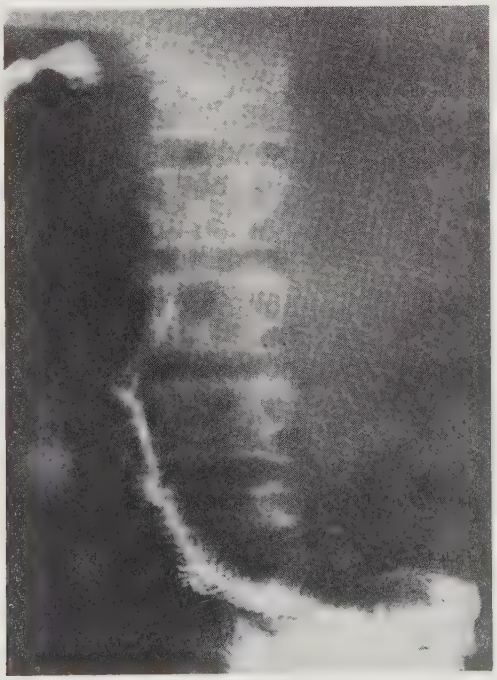

Fig. 6 : Observation N°3 LAV...
Cliché de face.
- Abaissement de l'angle de Treitz qui est reporté à droite de la colonne

On opère alors le malade (Dr. Hivet) avec le diagnostic de faux kyste traumatique du pancréas et l'on trouve effectivement une poche sous-costale gauche, limitée par les organes de voisinage, contenant 100 cm3 de liquide séro-hématique.

L'état général du malade ne permet pas de faire autre chose qu'un drainage externe de la poche.

L'examen du liquide révèle une forte activité amylasique (4 000 unités Wolgmuth) et l'absence de germes à la culture.

Le drainage va se tarir progressivement et le malade sort en parfait état le 28 avril 1959.

Il revient pourtant six mois plus tard pour une impressionnante récidive. L'état général est profondément altéré, le malade est véritablement cachectique et présente une voussure nettement visible au niveau de l'hypocondre gauche - tuméfaction tendue, rénitente, douloureuse à la palpation.

L'examen radiologique pratiqué alors montre une déformation très importante

- du corps gastrique qui est refoulé à droite et surtout en avant, comme le prouve le profil strict,
- du deuxième duodénum qui est laminé,
- et de l'angle de Treitz qui est considérablement abaissé et refoulé à droite.

En outre, une urographie montre une déformation des calices au niveau du rein gauche et un cliché colique révèle une image de compression extrinsèque en aval de l'angle splénique.

La nouvelle intervention (Dr. Hivet) met en évidence une énorme poche en voie de fissuration. On ne peut songer à une pancréatectomie en raison de l'état du malade et l'on se borne une fois de plus à un drainage externe auquel on associe toutefois un drainage du Wirsung. On effectue, de plus, un anus transverse de dérivation par précaution ; il sera refermé trois mois plus tard alors que l'état du malade est tout à fait satisfaisant.

En résumé, il s'agit d'un faux kyste post-traumatique du pancréas ayant récidivé après drainage externe sous forme d'une collection géante donnant des signes de compression gastrique, rénale et colique. A noter la considérable atteinte de l'état général qui a conduit à une intervention à minima.

...

CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES ET MODES D'APPARITION

1 - La principale cause des faux kystes du pancréas réside essentiellement dans les pancréatites aiguës, notamment dans les formes résolutives qui ont cédé spontanément ou sous l'effet de la thérapeutique.

La formation de la poche pseudo-kystique s'explique aisément : la nécrose pancréatique a pu, en effet, atteindre un canalicule pancréatique principal ou secondaire et provoquer une rupture de l'arbre excréteur.

Le suc pancréatique, auquel se mêlent des débris nécrotiques et hématiques, se collecte, soit à l'intérieur même de la glande pancréatique et forme un faux kyste intra-parenchymateux, soit à l'extérieur et c'est le cas le plus fréquent.

Ainsi, cette masse liquidienne va s'accumuler dans l'espace rétropéritonéal. Elle sera circonscrite grâce aux réactions de défense de l'organisme : accolement des mésos, formation de tissus fibreux, épaississement de la paroi des organes avec lesquels le faux kyste entre en contact. L'extension peut tout de même être considérable, réalisant ainsi ce que l'on appelle parfois les faux kystes géants.

2 - Les faux kystes post-traumatiques sont beaucoup moins fréquents et paraissent constituer moins de 10 % de la totalité des faux kystes du pancréas.

Lors d'un violent traumatisme abdominal (coup de pied de cheval, chute d'un objet lourd sur l'abdomen, accidents du travail ...), le pancréas se trouve écrasé sur le "billot" vertébral contre lequel il est appuyé.

...

Le traumatisme peut alors, soit provoquer directement la rupture du canal de Wirsung, soit réaliser une attrition parenchymateuse qui sera elle-même le siège d'une nécrose localisée, responsable de l'effraction canalaire.

Les faux kystes du pancréas dus à d'autres causes que les pancréatites aiguës hémorragiques et les traumatismes sont absolument exceptionnels.

Certains peuvent toutefois être observés à la suite d'une biopsie pancréatique. Mercadier (35) et Baumel (3) en ont rapporté chacun un cas.

Il semble que, même superficielle et correctement réalisée, une biopsie pancréatique ne mette jamais à l'abri de cette complication.

Des pancréatites virales, surtout ourliennes sont parfois en cause et c'est ainsi que Doubilet (28), Mercadier (35) et Shumaker (81) ont observé des faux kystes du pancréas au cours des oreillons.

Le cas observé par Sheridan Evans (79) est tout à fait exceptionnel puisque le faux kyste était dû à un ascaris qui, après s'être momentanément "coincé" dans les voies biliaires, avait fini par pénétrer dans le Wirsung et provoquer une nécrose canalaire.

- Les troubles nutritionnels, maigreur et obésité,
- l'éthylisme,
- la lithiase biliaire,
- l'obstacle au niveau de l'ampoule de Vater

n'interviennent dans l'étiologie des faux kystes du pancréas que dans la mesure où ils constituent une cause favorisante pour l'apparition d'une pancréatite aiguë.

o

o o

LE TERRAIN

Le terrain sur lequel peuvent survenir les faux kystes du pancréas, ne possède pas de grande particularité. C'est avant tout le terrain de la pancréatite aiguë.

- Les hommes paraissent davantage touchés que les femmes (dans la proportion de 60 %).

- L'âge de prédilection se situe entre 40 et 55 ans, mais cette affection peut parfaitement être observée chez le vieillard ou chez l'adolescent.

Pourtant, chez l'enfant, elle reste extrêmement rare puisqu'on ne trouve guère plus d'une dizaine d'observations dans le monde.

Le premier cas semble avoir été décrit par Diennan en 1922 chez un enfant de 5 ans (post-traumatique). Puis, Mac Worter en publie un cas en 1925 chez un enfant de 6 ans (également post-traumatique). Celui de Paul, en 1949, serait lié, par contre, à une pancréatite aiguë.

Mithoefer observe un faux kyste post-traumatique chez un nourrisson de 20 mois et constate que c'est le seul cas relevé au Cincinnati Children's Hospital entre 1928 et 1951 sur 101 960 admissions.

On relève encore le faux kyste traumatique de Nowicki en 1954 (5 ans), les deux cas de Shumaker, la même année (dont l'un d'origine ourlienne) et le faux kyste post-traumatique de Levitzky en 1956 (9 ans).

On voit que chez l'enfant, contrairement à ce que l'on observe chez l'adulte, la cause la plus fréquente est constituée par les traumatismes.

ASPECTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES ET LEURS CONSEQUENCES EVOLUTIVES

Que le faux kyste soit la conséquence d'une pancréatite aiguë, d'un traumatisme ou d'une autre affection, nous avons vu que l'aspect histologique variait peu.

La caractéristique essentielle est constituée par la présence d'une masse kystique sans paroi propre, limitée par des fausses membranes, des adhérences, l'accolement des mésos et la paroi des organes de voisinage.

Cette "fausse paroi" ne contient pas d'éléments glandulaires pancréatiques comme on en découvre dans l'hydro-pancréatose, ni de revêtement épithélial comme dans les vrais kystes.

Ces notions histologiques fondamentales dans la définition des faux kytes du pancréas ont été déjà envisagées et nous n'y reviendrons pas.

Il nous paraît important, par contre, de considérer certaines notions "macroscopiques" de l'anatomo-pathologie qui contribuent pour une grande part à déterminer l'aspect clinique et les caractéristiques évolutives.

Le siège de l'infarcissement, à cet égard, est absolument décisif :

- une lésion isthmique ou corporéale permet la constitution d'une masse épigastrique pouvant déborder légèrement à gauche et s'accompagnant des signes fonctionnels et généraux classiques que nous décrirons dans la forme typique.

- une lésion caudale évoluant franchement à gauche dans l'hypocondre ou la fosse lombaire, empruntera des signes urinaires, comprimera la région splénique, cause d'hypertension portale et d'hémorragies, égarant le diagnostic.

- au contraire, une lésion céphalique évoluera dans la région sous-hépatique, donnera des signes de compression biliaire et rendra difficiles à la fois le diagnostic et la thérapeutique.

...

La dimension de la zone de nécrose et la situation de l'infarcissement jouent un rôle facile à comprendre. Que cette nécrose soit limitée ou parcellaire et qu'elle soit marginale, ne touchant que des canaux accessoires, fines ramifications à faible débit, et la thérapeutique sera couronnée rapidement de succès.

Par contre, le pronostic et l'évolution ne sont plus les mêmes si la nécrose est centrale, interrompant en totalité le canal de Wirsung.

Mallet Guy (58) a montré -avec des arguments à la fois cliniques, anatomiques et expérimentaux- que dans ce cas c'était le pancréas d'amont qui remolissait le faux kyste grâce à l'écoulement du liquide au niveau de la solution de continuité, que, d'autre part, la guérison par drainage s'accompagnait d'une cicatrisation des lésions canalaires mais au prix d'une obstruction Wirsungienne, d'un remaniement du pancréas d'amont avec sclérose, lésions de pancréatite chronique et, au total, au prix d'une pancréatectomie gauche physiologique.

Enfin, nous avons vu que la masse pseudo-kystique a souvent une tendance extensive.

Du fait de la poussée et de la tension du liquide (notamment s'il existe un obstacle sur le Wirsung) et de ses propriétés plus ou moins nécrosantes, des fusées à distance sont susceptibles de se produire.

Celles-ci emprunteront un trajet qui sera déterminé, à la fois par le siège initial de la lésion et par les dispositions anatomiques.

Ainsi, de l'espace para-pancréatique, certaines collections vont-elles fuser vers le bas, dans les espaces clivables rétro-péritonéaux, périrénaux, pouvant cheminer jusqu'à la racine du méso-sigmoïde ou l'arcade crurale, en avant entre les feuillets du mésocôlon transverse ou en haut vers les espaces sous-pleuraux, le médiastin et même le parenchyme pulmonaire.

A l'opposé de ces formes géantes évoluant à distance, il faut citer certains faux-kystes intra-parenchymateux dont la symptomatologie est peu caractéristique. Souvent latents, ces faux kystes intra-parenchymateux sont uniquement révélés par l'intervention chirurgicale.

A - SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

I - DEBUT

Les circonstances étiologiques et anatomo-pathologiques expliquent aisément qu'il n'y ait pas dans la clinique des faux kystes du pancréas de période de début véritable.

La phase de collection est plus ou moins courte selon l'importance de la fuite pancréatique, mais le faux kyste ne peut être diagnostiqué devant la symptomatologie dramatique de la pancréatite aiguë ou du traumatisme épigastrique - Le faux kyste lui-même est muet durant cette période -

Ces signes inquiétants témoins de cette agression abdominale aiguë, vont disparaître en quelques heures ou quelques jours et le malade se considère comme pratiquement guéri. Tout au plus se plaint-il de quelques troubles dyspeptiques vagues et d'un amaigrissement.

Ainsi s'établit une période de latence ou intervalle libre d'une considérable valeur diagnostique.

II - INTERVALLE LIBRE

C'est, en effet, l'une des principales caractéristiques de la clinique des faux kystes du pancréas.

On ne saurait mieux le comparer à l'intervalle libre que l'on observe dans les hématomes extra-duraux et sous-duraux des traumatismes crâniens.

Il est pratiquement constant, mais sa durée est variable. Cette accalmie dure environ 3 à 6 semaines, mais elle peut atteindre plusieurs mois : 4 mois dans l'observation de Roux,Debray et Bernier (78) et dans l'observation n° 2 de Soupault (85), 6 mois dans celle de Prévost (76).

Cette période peut même être beaucoup plus longue ; le kyste hématique ne s'est révélé que 10 ans après dans l'observation de Darnaud (25) et dans celle de Thiers (90). Dans ces deux cas, il s'agissait de kystes d'origine traumatique, secondairement calcifiés.

...

III - CONSTITUTION DU FAUX KYSTE OU PERIODE D'ETAT

Les signes cliniques sont extrêmement variés et essentiellement polymorphes. Les uns sont probablement à rapporter à la spoliation en ferments digestifs (dérivation de ceux-ci vers le faux kyste et possibilité d'obstacle sur le Wirsung) et les autres sont dus aux phénomènes de compression des organes de voisinage. Ils sont conditionnés par le siège de la nécrose pancréatique et par la direction et le chemin que va emprunter le faux kyste.

Nous envisagerons d'abord la forme habituelle de la région corporéo-caudale.

a) Signes fonctionnels :

- La dyspepsie de type hyposthénique, peu caractéristique mais fréquente, est un des premiers signes. Elle s'accompagne de flatulence, de pesanteur post-prandiale et de nausées.

- les vomissements s'y ajoutent parfois et peuvent être incoercibles. Ils contribuent à la détérioration de l'état général qui, nous le verrons, est précoce et importante.

- les douleurs sont très polymorphes mais leur caractère peut donner une indication sur la topographie de la masse kystique et sa direction.

  Exceptionnellement violentes, elles ne rappellent que de loin les douleurs qui ont été éprouvées lors de l'attaque de pancréatite aiguë ou lors du traumatisme. Il s'agit plutôt de pesanteurs d'abord post-prandiales, puis permanentes.

  Siégeant habituellement dans l'hypocondre gauche, elles peuvent cependant se situer dans l'hypocondre droit (faux kyste de la tête du pancréas) ou dans la région épigastrique (faux kyste de la région isthmique), comme le prouvent de nombreuses observations.

  Les irradiations se font en règle, en arrière et à gauche, et leur situation dans la fosse lombaire comme dans les observations n° 1 et 2 de Soupault (85), n° 2 de Cachin (17), Jouanneau (38), n° 2 d'Alberdi Goni (1), Surmonte (89) et Stone (86) ... est susceptible d'orienter vers une affection rénale.

  Ailleurs, la propagation peut se faire vers la fosse iliaque ou entraîner un psoïtis comme dans l'observation de Bellanger rapportée par Soupault (84).

...

- La diarrhée n'est pas exceptionnelle (elle existe dans trois des cinq observations récemment publiées par le Dr. Soupault), soit qu'elle soit fétide : n° 4 de Baumel (3), soit qu'elle s'accompagne de stéatorrhée : Corcos (24) et Delannoy (26).

  Il est difficile cependant de savoir si elle est due à de nouvelles crises de pancréatite subaiguë ou si elle est en rapport direct avec le faux kyste.

- La constipation est très souvent retrouvée ; elle traduit essentiellement la compression jejunale et surtout colique (si fréquemment constatée sur les examens radiologiques).

  Elle peut revêtir une grande importance dans le tableau clinique et peut s'accompagner de météorisme, comme dans les deux observations de Cachin (17) constituant une véritable sub-occlusion.

b) Signes généraux :

Ils revètent une intensité considérable si l'élévation thermique est modérée ou inconstante à 38° ou quelquefois 39° : Delannoy (26), observation n° 2 Mme Aug..., Cachin (17), Thiriet (91).

La quasi totalité des auteurs signalent une profonde atteinte de l'état général avec

- asthénie (observation n° 2 Mme Aug...)
- anorexie
- pâleur
- anémie hypochrome plus ou moins marquée mais pouvant atteindre 1 700 000 globules rouges, comme dans l'observation n° 4 de Soupault (85).
- et surtout amaigrissement atteignant en quelques semaines ou quelques mois plusieurs dizaines de kilogs et faisant craindre l'existence d'une tumeur maligne :

  18 et 20 kgs dans nos observations n° 2 et 3,
  20 kgs dans celle de Roux (78),
  27 et 28 kgs dans des observations rapportées par Michoulier (65),
  35 kgs dans celle de Thiriet (91).

...

c) L'examen physique :

Il montre les stigmates de cette profonde atteinte de l'état général : amaigrissement et déshydratation pouvant aboutir à un aspect véritablement cachectique.

L'inspection de l'abdomen, à jour frisant, peut déjà montrer une voussure pariétale arrondie, siégeant dans l'hypocondre gauche comme dans l'observation de Delannoy (26) et notre observation n° 3 LAV...

On a pu observer, à titre exceptionnel il est vrai, une tache ecchymotique péri-ombilicale. Ainsi, dans notre observation n° 2 Mme AUG..., elle avait attiré l'attention dès le début. Alberdi Goni (1), de même, dans son observation n° 2, constate l'apparition d'une tache ecchymotique jaunâtre de 10 cm de diamètre dans la région péri-ombilicale, en regard du faux kyste.

La palpation permet de préciser les caractères de cette masse volumineuse, de la taille d'un pamplemousse ou d'une tête d'adulte, occupant la quasi totalité de l'hypocondre gauche, rejoignant le foie sur la ligne médiane, atteignant l'ombilic, difficilement dissociable de la rate.

Ses limites sont précises, sa consistance ferme, rénitente, sa surface lisse. Elle est modérément douloureuse à la palpation ; cette douleur est souvent mieux objectivée, son siège mieux précisé par la manoeuvre de Mallet Guy en décubitus latéral droit. La tuméfaction est d'une remarquable fixité, ne bougeant ni avec les changements de position du malade : Baumel (3), Minet,Toison (67), ni avec la respiration : Surmonte (89). Elle est mate à la percussion et l'on perçoit parfois une matité "suspendue" entre les sonorités gastrique et colique : Yovanovitch (94). La percussion permettra souvent de découvrir également une matité déclive dans les flancs, correspondant à une discrète lame d'ascite.

En fait, les caractères de la masse abdominale sont très variables.

- Son volume peut être considérable, déformant l'abdomen et créant une énorme voussure sus-ombilicale d'autant plus évidente à l'inspection que le sujet est cachectique.

- Au contraire, la tuméfaction, qu'elle soit réduite ou qu'elle soit masquée par un épais panicule adipeux, peut ne pas être retrouvée à la palpation : observation n° 2 Mme AUG... Pour Stone (86), la masse palpable ne serait présente que dans 61 % des cas.

...

- Pour certains auteurs : Bérard et Cade, Guillemin (33), Minet et Toison (67), elle serait susceptible de varier de volume d'un jour à l'autre, en fonction des phases de collection ou de drainage du liquide, le canal de Wirsung ne communiquant avec le kyste que de façon transitoire. Parfois, observations N et O de Michoulier (65), ces variations sont en rapport avec une fissuration du kyste dans l'estomac.

- Le siège de la masse est essentiellement déterminé par la région de l'infarcissement nécrotique du pancréas. Elle peut être perçue dans l'hypocondre droit, débordant dans la région sous-hépatique à droite, lorsqu'il s'agit d'une lésion céphalique. Elle en impose souvent pour une hépatomégalie.

  Dans les faux kystes dus à une lésion de l'isthme du pancréas, la masse kystique collectée en plein arrière cavité des épiploons peut être épigastrique ou péri-ombilicale. Nous verrons plus loin que certains faux kystes sont capables de migrer à distance et gagner les flancs, les fosses iliaques, les espaces sous-pleuraux, et même le médiastin.

- La fixité n'est pas un argument formel. Au contraire, Olivier (19) insiste sur le fait que l'on peut rencontrer dans ces faux kystes une mobilité rappelant tout à fait celle d'un kyste du Mésentère ; Yovanovitch (94), sur 10 faux kystes, observe trois fois une masse très mobile.

- Enfin, dans bien des cas, il est difficile de rapporter cette masse à une origine pancréatique puisque pour Guillemin (33), Delannoy (26), Surmonte (89) elles donnent manifestement un contact lombaire.

Au total, il s'agit d'un malade

- qui présente quelques vagues troubles dyspeptiques,
- qui a un état général altéré,
- et qui présente une masse de la région épigastrique ou de l'hypocondre gauche.

Devant ce tableau, il est d'une importance capitale - nous le répétons - de rechercher dans les antécédents du malade l'existence de crises douloureuses abdominales anciennes évoquant des attaques de pancréatite aiguë oedémateuse plusieurs années auparavant, surtout la notion d'un drame abdominal récent ayant tourné court et celle d'un intervalle libre de quelques semaines.

Grâce à un interrogatoire soigneux, et à cette seule condition, le diagnostic de faux kyste du pancréas se trouve réalisable rapidement, sur la seule clinique dans un grand nombre de cas.

...

C'est suffisamment insister sur la valeur de ces données anamestiques qu'il faut rechercher devant toute tumeur de l'étage sus-ombilical de l'abdomen.

Il n'est malheureusement pas toujours possible d'établir le diagnostic de façon simple. Ces difficultés proviennent en grande partie du polymorphisme clinique et des signes d'emprunt liés aux phénomènes de compression et d'irritation de voisinage.

IV - SIGNES D'EMPRUNT ET ASPECTS EVOLUTIFS

1 - Signes de compression

a) Compression gastro-duodénale :

C'est une notion classique qui paraît être davantage radiologique que clinique. Il est rare, en effet, que la compression du corps de l'estomac se traduise par des troubles fonctionnels importants.

La compression gastro-duodénale est pourtant, en partie au moins, responsable de la pesanteur post-prandiale, de la dyspepsie et des vomissements.

Bien que ce soit un accident rare, des sténoses pyloriques et duodénales ont été rapportées par Snead (Am. J. Roentg - 1933 - 30 - pp. 503-507), Mac Grigor (Brit. J. Surg. 1953 - 41 - pp. 422-424), Coffey (Ann. of Surgery - vol. 135 - mai 1952 - n° 5 - pp. 715) et Corcos (24) dans l'observation faisant l'objet de sa thèse.

Dans l'observation de Guillemin (33), la sténose duodénale aiguë était liée à une complication tout à fait particulière : hémorragie intrakystique dans un faux kyste apparu sur pancréas annulaire.

Mercadier (63) fait remarquer que si cette sténose est due, le plus souvent, à la compression mécanique et qu'elle cède dès que le kyste est drainé, elle peut dans quelques cas être secondaire à une infiltration pariétale inflammatoire et rendre nécessaire une anastomose gastro-jéjunale.

...

b) Le grêle ne semble que très rarement affecté dans les faux kystes du pancréas ; parfois, pourtant, les premières anses jéjunales sont comprimées et abaissées (comme dans notre observation n° 3 LAV...), ce qui peut intervenir dans la génèse des troubles digestifs. La compression, en fait, semble se traduire surtout par des signes radiologiques.

c) Le problème est le même en ce qui concerne la compression colique qui peut entraîner certes une constipation, mais qui est, le plus souvent, latente et découverte sur le lavement baryté. Toutes ces notions seront d'ailleurs revues lors de l'étude des signes radiologiques.

d) La compression biliaire n'est pas rare et paraît même pratiquement constante dans les faux kystes de la tête du pancréas.

Elle se manifeste par un ictère de type rétentionnel. Celui-ci peut être franc, typique d'une obstruction cholédocienne comme dans les deux observations de Cachin (17), les observations III et IV de Soupault, celles de Guillemin (33), Thiriet (91) et trois observations de Michoulier (65), ou être passager et peu intense, simple subictère conjonctival.

Pour Mercadier (63) qui, dans les faux kystes du pancréas, a systématiquement étudié les voies biliaires par radiomanométrie per-opératoire, le retentissement biliaire peut être uniquement radiologique et la dilatation des voies biliaires peut ne pas s'accompagner de symptômes cliniques.

Quoi qu'il en soit, l'ictère paraît la seule manifestation clinique de cette obstruction biliaire qui, comme dans les ictères par compression cholédocienne extrinsèque, ne s'accompagne pas en règle de phénomènes infectieux et angiocholitiques ; nous n'avons pas trouvé trace, en effet, d'une telle complication.

e) Compression splénique :

La compression de la rate ou de ses vaisseaux est capable d'entrainer une symptomatologie à la fois trompeuse et grave car elle peut mettre en jeu la vie du malade.

Cette compression se traduit essentiellement par une splénomégalie et surtout des hémorragies digestives.

...

Les hémorragies digestives en rapport avec une affection pancréatique constituent mainten nt une notion classique, notamment lorsqu'il s'agit d'un cancer du pancréas ou d'une pancréatite. Les hémorragies liées à un faux kyste du pancréas sont, par contre, moins connues.

Dans notre observation n° 2 Mme AUG..., il existait une splénomégalie et l'intervention découvrait une thrombose de la veine splénique et une considérable dilatation variqueuse des vaisseaux de l'arrière cavité des épiploons.

Vachon (92) fait remarquer que les hémorragies, lors des faux kystes du pancréas, se manifestent souvent sous forme d'hématémèses. Si celles-ci sont évidentes, de fréquentes hémorragies occultes passeraient inaperçues. Dans le mécanisme de ces hémorragies interviendraient non seulement la compression mécanique extrinsèque du système porte et les phénomènes de thrombose veineuse, mais le retentissement artériel, par irritation du plexus solaire et réflexe du type phénomène de Reilly.

Yovanovitch (94), sur 10 malades, observe une fois une compression de la rate et des veines spléniques entraînant une hématémèse.

Mercadier (63) fait état de deux cas d'hémorragies abondantes et menaçantes, aboutissant à un état anémique impressionnant et signale que leur point de départ se trouve, en général, au niveau des veines oesophagiennes et tubérositaires, leur origine se trouvant exceptionnellement au niveau des veines intestinales.

Chalnot et Grosdidier (21) observent pourtant une hémorragie digestive grave par rupture de varices duodénales dues à un faux kyste du pancréas.

Marion et Desgouttes (60) distinguent dans l'étiologie de ces hémorragies :

1° - le retentissement spléno-portal,
2° - la fissuration du faux kyste dans un organe creux et, en particulier, l'estomac,
3° - l'hémorragie intrakystique ou intra-parenchymateuse.

Dans leur observation n° 1 de faux kyste du pancréas, thrombose de la veine splénique et ouverture dans l'estomac coexistaient, mais ce qui est très particulier dans cette observation, c'est l'évolution sous forme d'hémorragies digestives isolées : une dizaine d'hématémèses, une tous les 15 jours, ont constitué à elles seule, la symptomatologie de ce faux kyste du pancréas qui a été pris pour un ulcère qui saignait.

...

Mallet-Guy (57) estime ces complications rares, deux sur trente et un cas de faux kystes du pancréas, mais reconnaît avoir fréquemment noté au cours des interventions une dilatation des veines gastriques et épiploïques traduisant une compression portale, mais sans que les malades aient saigné.

Enfin, L. Léger (44 - 48 - 49) à qui revient le mérite d'avoir particulièrement étudié, grâce à la splénoportographie, le retentissement splénique des faux kystes du pancréas, met en évidence l'intérêt de la splénoportographie dans les hémorragies, non pas tant dans les lésions pseudo-kystiques exubérantes cliniquement faciles à identifier, mais dans les lésions kystiques de faible volume ou intra-parenchymateuses dans lesquelles elle permet de faire la preuve des hémorragies présentées par le malade.

f) Compression urinaire :

Les rapports anatomiques étroits entre le pancréas et les reins (surtout le gauche), leur situation commune rétro-péritonéale, expliquent la fréquence de ces signes de compression.

Les signes urinaires souvent signalés dans les observations de faux kyste du pancréas qui ont été publiées, méritent de figurer dans une description séméiologique de cette affection.

Ils ont donné lieu tout spécialement à des publications: Stone (86), Surmonte (89), insistant sur leur importance, leur fréquence et les risques d'erreurs de diagnostic qu'ils sont susceptibles d'entraîner. Pourtant, ils ne sont envisagés ni dans les descriptions classiques ni dans les ouvrages modernes.

La compression rénale s'effectue souvent de haut en bas au niveau du pôle supérieur du rein gauche. L'amarrage de celui-ci est faible ; il s'ensuit une ptose rénale d'importance variable signalée par de nombreux auteurs : Mithoefer (68), Evans (79), Stone (86), Bellanger (84), qui n'entraîne habituellement que peu ou pas du tout de signes fonctionnels.

Le rein lui-même peut être déformé par la compression, ce phénomène étant reconnu essentiellement sur les documents radiographiques sous forme d'une déformation calicielle ou pyélique : Yovanovitch (94), Stone (86) et notre observation n° 3 LAV...

...

Si la poussée du faux kyste du pancréas se fait sentir plus bas, on aboutit à une compression urétérale susceptible de donner lieu à différentes manifestations :

- les unes sont cliniques :

  - douleurs lombaires rappelant de plus ou moins près une colique néphrétique : Evans (79), observation n° 1 de Soupault (85), observation n° 2 de Cachin (17), Bellanger (84), Jouanneau et Boutry (38), Surmonte (89).

  - dysuries et signes d'infection urinaire : Evans (79), observations n° 4 et 5 de Soupault (85), Chodoff (22) et nos observations n° 1 Mme AUD... et n° 2 Mme AUG...

  - hydronéphrose : Surmonte (89).

- les autres radiologiques :

  refoulement et déformations de l'uretère : Surmonte (89), Yovanovitch (94).

- les autres biologiques :

  élévation de l'azotémie : observations n° 1 et 3 de Soupault (85), Siffre (82), Surmonte (89).

On a également signalé d'autres manifestations urinaires des faux kystes du pancréas dont le mécanisme n'a pas toujours pu être mis en évidence. Il est probable que, ici aussi, la compression mécanique intervient.

Surmonte (89) signale la possibilité d'albuminurie. Cachin (17), celle d'anurie (peut être d'origine réflexe). Stone et Ransohoff, celle d'hématuries. Ce dernier auteur relatait déjà en 1916 (Pancreatic cyst as a cause of unilateral hematuria - Surg. Gynec. and obstetr. 22 - 275-276) l'existence de telles complications au cours des kystes du pancréas. Ainsi avait été porté à tort le diagnostic de sarcome kystique du rein gauche ; l'hématurie dans ce cas aurait été en rapport avec une destruction de la veine rénale.

Dans l'observation de Stone, bien que le diagnostic de faux kyste du pancréas ait été évoqué, les signes cliniques urinaires et surtout la constatation opératoire d'une masse kystique adhérant si fortement au pôle supérieur du rein gauche firent, en définitive, porter le diagnostic de tumeur rénale. Ainsi, au prix d'une libération extrêmement difficile et hémorragique, fut réalisée à tort une néphrectomie gauche enlevant le faux kyste du pancréas.

...

C'est suffisamment montrer les difficultés qui peuvent surgir dans la différenciation entre tumeur rénale et pancréatique.

g) D'autres phénomènes de compression vasculaire sont beaucoup plus exceptionnels.

C'est ainsi que l'on a signalé : Corcos (24) la possibilité de compression de la veine cave inférieure, entraînant des oedèmes des membres inférieurs.

Plus important serait le retentissement sur la veine porte, la compression portale faisant obstacle et créant une ascite mécanique à type de transsudat : Corcos (24).

Pour Bernard et ses collaborateurs (9 et 10), l'ascite serait au contraire de type exsudatif, le plus souvent, et due à un autre mécanisme.

Enfin, exceptionnellement, il a été signalé la présence d'ascite chyleuse : Randel, Stveck et Mac Evoy (Surgery 1953 - 34 - n° 1). Celle-ci aurait été due à une compression des vaisseaux lymphatiques rétro-pancréatiques.

2 - Signes d'irritation de voisinage

La masse tumorale intra-abdominale, le contenu liquidien à propriétés pepsiques ou nécrotiques et les réflexes neuro-végétatif (tout en étant mal connus, ils existent de façon certaine et interviennent, soit lors du déclenchement de la crise de pancréatite aiguë, soit dans les suites lors de l'évolution du faux kyste du pancréas) réalisent autant de facteurs susceptibles de créer des phénomènes d'irritation de voisinage.

Ceux-ci vont se manifester diversement et l'existence de ces signes, ici encore, contribue à augmenter le polymorphisme clinique et à égarer le diagnostic.

Ces signes d'irritation prédominent essentiellement au niveau des séreuses péritonéale et pleurale sous forme d'épanchements exsudatifs.

...

Nous n'avons pas trouvé trace de publication d'épanchement péricardique dans les faux kystes du pancréas, mais cette complication est signalée par A. Bernard dans les pancréatites aiguës. Il ne serait pas étonnant qu'elle puisse être également observée dans les faux kystes.

Les séreuses ne sont pas seules touchées et l'on peut également rencontrer des signes d'irritation au niveau du tube digestif lui-même, sub-occlusion réflexe, du parenchyme pulmonaire, atélectasie, et de l'appareil urinaire, anurie réflexe.

a) Signes d'irritation péritonéale : l'ascite.

L'ascite, quoique rarement abondante, est fréquemment rencontrée dans les faux kystes du pancréas. De nombreux auteurs ont remarqué sa présence, sur la seule clinique, ou lors de l'intervention chirurgicale.

Bien des notions restent encore à élucider à son sujet et il est possible notamment qu'elle ne soit que la persistance d'un épanchement créé lors de la pancréatite aiguë. Nous avons vu qu'elle pouvait avoir l'aspect d'un transsudat et relever d'une compression portale. Il semble, par contre, beaucoup plus courant qu'elle soit du type exsudatif, à Rivalta positif, et qu'elle ait à son origine un processus irritatif de la séreuse péritonéale par la masse abdominale.

Le liquide d'ascite contient des ferments pancréatiques en grande quantité et A. Bernard (9 et 10), qui a tout spécialement étudié son mode de formation dans la pancréatite aiguë, estime son origine double : une partie est directement pancréatique, constituée par du suc pancréatique et du plasma extravasés dans le péritoine, l'autre est d'origine purement péritonéale, exsudation réactionnelle due aux lésions neuro-capillaires sous-péritonéales.

Le liquide d'ascite peut être hémorragique et c'est ainsi que Belle Smith (6) rapporte un cas de faux kyste du pancréas où l'épanchement hémorragique de 4 litres, particulièrement abondant, était associé à un épanchement pleural de 2 litres. Pour Poilleux et Houdard (75), cette complication pourrait être en rapport avec une ulcération d'un vaisseau pancréatique.

Nous avons vu, enfin, que la compression des lymphatiques rétro-pancréatiques pouvait aboutir à la réalisation d'une ascite chyleuse ; ces faits sont exceptionnels.

...

b) Signes d'irritation pleurale :

L'épanchement pleural est une constatation courante lors des faux kystes du pancréas. Pour donner un exemple, nous rappellerons que sur les six observations publiées par le Dr. R. Soupault, en tenant compte de l'observation du Dr. Bellanger, on trouve quatre fois un épanchement pleural. Il ne saurait, bien entendu, être question d'attribuer à ces chiffres une quelconque valeur diagnostique, nous ne les avançons que pour montrer que cette atteinte pleurale n'est pas exceptionnelle.

Ici encore, l'origine de l'épanchement et son mécanisme de formation demeurent obscurs. Certes, sur le plan anatomique, la proximité de la région pancréatique et de la base pulmonaire gauche explique, au moins en partie, la possibilité de réaction pleurale au cours de cette agression abdominale constituée par le faux kyste.

Mais si l'on considère le taux d'amylase contenu dans l'épanchement, les plus grandes variations peuvent être observées. Il faut dire que ces dosages biologiques n'ont pas été réalisés de façon systématique et qu'il est bien difficile de se faire une opinion.

Dans l'observation n° 5 de Soupault (85), on trouve une amylasémie à 942 unités, un taux d'amylase de 200 unités dans le liquide pleural et de 24 800 unités dans le liquide kystique. Cela incite à penser que le ferment pancréatique a été apporté dans la plèvre par le sang, dans lequel il se trouvait d'ailleurs en excès.

Ce mécanisme s'accorderait avec celui qu'avance A. Bernard dans les Actualités Gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu (19) et qui ferait jouer un rôle primordial à des réflexes neuro-végétatifs partis de la région pancréatique et irradiés aux organes de voisinage dont la plèvre.

Pourtant, il semble prouvé qu'il puisse y avoir un cheminement direct du liquide kystique à travers la paroi vers la région pleurale.

Cette extravasation directe paraît, en effet, indispensable pour expliquer les faits suivants :

- L'observation de Sheridan Evans (79) concernant un faux kyste du pancréas d'origine ascaridienne, constitue certes un cas d'exception. Mais le faux kyste s'accompagnait d'un épanchement pleural contenant 60 % d'éosinophiles, taux approximatif du liquide kystique mais considérablement plus élevé que celui de l'éosinophilie sanguine.

...

- D'autre part, Katz (40) insiste sur la valeur du taux d'amylase dans le liquide pleural et fait remarquer que celui-ci peut être beaucoup plus important dans le liquide pleural que dans le sang. Dans son observation, il est de 6 000 unités dans la plèvre et seulement de 320 unités dans le sang.

  Katz fait également remarquer que cet épanchement pleural isolé, sans autre signe attirant l'attention sur le pancréas, peut être une cause d'erreur de diagnostic.

c) Toujours pour les mêmes raisons, par irritation de voisinage, le faux kyste du pancréas, par ses propriétés réactogènes, peut provoquer des lésions pulmonaires parenchymateuses.

L'opacité de la base pulmonaire gauche si fréquente dans les faux kystes du pancréas ne correspond pas toujours à une lame de liquide pleural. Il peut s'agir d'atélectasie dont l'aspect radiologique est parfois particulier. C'est ainsi que le signe de Hulten, décrit dans les pancréatites aiguës, peut parfaitement s'observer dans les faux kystes du pancréas loin de l'accès initial de pancréatite. Nous n'en voulons pour preuve que notre observation n° 2 Mme AUG... et l'observation n° 3 d'Alberdi Goni (1) dans lesquelles le signe est apparu au bout de plusieurs mois d'évolution.

Il s'agit d'une striation opaque située en règle au niveau de la base pulmonaire gauche mais qui peut, d'après Alberdi Goni, être bilatérale ou se situer exclusivement à droite. Elle serait mieux vue sur les clichés pris en expiration forcée : Mondor - Porcher - Olivier (69).

Ces images radiologiques peuvent orienter vers une pneumopathie, d'autant qu'elles s'accompagnent souvent de dyspnée, de matité et de râles à l'auscultation : observation n° 1 de Soupault (85), observations n° 1 et 2 de Cachin (17).

Pour A. Bernard (19), ces stries horizontales sus-diaphragmatiques se caractériseraient sur le plan histologique par une vasodilatation capillaire avec extravasation de plasma et de globules rouges dans les cloisons alvéolaires et les alvéoles créant des îlots de parenchyme condensé et atélectasié à côté de zones saines. Ces troubles vasculaires pourraient engendrer des suffusions sanguines qui seraient à l'origine des hémoptysies, ou des crachats hémoptoïques, signalées au cours des faux-kystes du pancréas : Olivier (19).

...

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

A - EXAMENS BIOLOGIQUES

Tout en ayant une valeur d'orientation, qui peut être d'ailleurs décisive, les signes biologiques sont assez peu caractéristiques dans les faux kystes du pancréas.

Ils sont inconstants, variables d'un jour à l'autre selon les poussées de rétention ou de drainage spontané du liquide kystique, et décevants dans l'ensemble.

Ils peuvent, par contre, revêtir un intérêt considérable en orientant sur le pancréas, organe qui peut parfaitement ne pas avoir attiré l'attention lors d'un syndrome douloureux épigastrique ou devant une tumeur de l'étage supérieur de l'abdomen.

Ce sont essentiellement des signes de déficit pancréatique, soit externe, avec modification des taux d'amylase dans les liquides biologiques, perturbation des fonctions de digestion, soit interne avec troubles de la glycorégulation. Nous envisagerons également quelques examens biologiques qui sont en rapport avec l'atteinte de l'état général et sont une conséquence indirecte des faux kystes du pancréas.

1° - Déficit pancréatique externe

a) L'amylasémie :

Elle peut parfaitement être tout à fait normale dans les faux kystes du pancréas, notamment s'il n'existe pas d'obstacle sur le Wirsung. Ici, comme dans les pancréatites chroniques, ce signe négatif n'a pas de valeur et ne peut en aucune façon infirmer le diagnostic.

Bien souvent cependant, l'amylasémie est élevée, son taux étant plus élevé que la normale, 100 à 500 unités Wolgmuth par exemple, sans atteindre, ou de façon exceptionnelle, les taux rencontrés dans les pancréatites aiguës. Cette anomalie, sans être très marquée, suffit pour incriminer le pancréas.

...

Il n'existe pas pour Pinkham (73) de lien quantitatif entre le taux d'amylasémie et le taux d'amylase du liquide kystique. Au stade de la collection, cette hyper-amylasémie a donc une valeur incontestable et oriente le diagnostic s'il en était encore besoin.

Mais, Doubilet (29) et Pinkham (73) accordent à la mesure de l'amylasémie une importance plus grande encore. Ils pensent, en effet, que dans les suites immédiates d'une pancréatite aiguë, la persistance d'une amylasémie élevée est incontestablement, ou du moins très probablement, en rapport avec la constitution d'un faux kyste du pancréas.

L'hyper-amylasémie serait donc, du point de vue chronologique, le premier signe du faux kyste du pancréas bien avant que ne soit perceptible la masse abdominale.

b) Le dosage de l'amylasurie :

Est souvent réalisé en même temps que celui de l'amylasémie ; il donne des résultats tout à fait comparables.

c) Perturbation des fonctions de digestion pancréatique :

La déviation du cours normal des ferments pancréatiques vers le sang ou vers la cavité kystique est susceptible d'entraîner des perturbations de l'absorption intestinale. Ainsi s'explique la présence de fibres musculaires intactes et celle de graisses non dédoublées dans les selles.

L'épreuve de Warter mesurant le pourcentage d'absorption et d'élimination des graisses donne une notion quantitative de cette perturbation. Dans notre observation n° 2 Mme AUG..., le taux d'absorption était à 57 % au lieu de 80 % ; il était seulement de 50 % dans celle de Siffre (82).

2° - Déficit pancréatique interne

Moins caractéristiques d'une affection pancréatique, ces signes biologiques sont également moins fréquents et moins constants que ne le sont les signes que nous venons d'envisager. Il s'agit de perturbations de la glycorégulation qui sont évaluées par la mesure de la glycémie, la recherche d'une glycosurie et l'épreuve d'hyperglycémie provoquée.

...

Mais ce retentissement du faux kyste sur la fonction endocrine du pancréas est évalué de 10 à 15 % des cas par Cattel et Warren ; c'est dire qu'il ne doit pas être négligé.

La glycémie dépasse rarement 2 g par litre ; les chiffres habituels sont de l'ordre de 1, 5 g : par exemple, 1, 71 dans l'observation de Roux (78), 1, 5 et 2, 3 dans celles de Cachin (17), 1, 6 dans celle de Siffre (82). Le taux de 4, 66 g signalé dans l'observation de Chalnot (21) semble tout à fait exceptionnel, ainsi que la résistance à l'insuline observée par Alberdi Goni (1).

Il n'est pas rare que la glycémie soit normale, mais que l'hyperglycémie provoquée soit perturbée. On constate en règle, dans ce cas, un élargissement de l'aire d'hyperglycémie, de type diabétique ou para-diabétique.

Cette modification de la courbe d'hyperglycémie provoquée peut d'ailleurs persister après l'intervention chirurgicale, à titre de séquelle, comme dans notre observation n° 1 Mme AUD...

3° - Signes biologiques en rapport avec une atteinte de l'état général :

Accessoires pour le diagnostic de faux kyste du pancréas, les examens biologiques peuvent être considérablement perturbés. On a vu que l'atteinte de l'état général, l'amaigrissement et la déshydratation sont particulièrement marqués et précoces dans cette affection.

On notera souvent, en effet :

- une anémie
- une chute du volume sanguin
- un déséquilibre plasmatique
- une hyper-azotémie

  0, 75 g par litre dans l'observation de Siffre (82),
  0, 60 g par litre dans celle de Surmonte (89),
  1, 60 g par litre dans l'observation n° 3 de Soupault (85).

...

4° - Nous n'envisagerons pas l'analyse du liquide kystique recueilli par ponctions.

Celle-ci montrerait un fort taux d'amylase et éventuellement la présence d'autres ferments pancréatiques. La ponction pourrait se pratiquer avec une aiguille fine, en passant par voie postérieure dans le 11ème espace intercostal, mais les déboires qu'elle a provoqués, péritonite par perforation d'un viscère creux (Le Dentu), hémorragie par blessure d'un gros vaisseau (Kern) ou fistule pancréatique (Fernandez) n'incitent pas à la pratiquer. Il s'agit d'une méthode aveugle qui comporte des risques, à rejeter surtout s'il existe des doutes sur la possibilité d'un kyste hydatique.

B - EXAMENS RADIOLOGIQUES

L'exploration radiologique apporte des renseignements d'importance majeure dans les faux kystes du pancréas. De nombreux examens peuvent être pratiqués, mais tous ne possèdent pas un égal intérêt.

Les signes directs sont rares. Le pancréas n'est pas, lui-même, un organe facilement observé sur le plan radiologique (du moins, si l'on considère les méthodes courantes).

Dans quelques cas cependant, des clichés de l'abdomen sans préparation peuvent montrer une opacité plus ou moins arrondie dont on devine les contours. Un cliché du thorax montre parfois, d'autre part, une surélévation d'une coupole diaphragmatique.

En fait, c'est essentiellement par des signes indirects qu'est constituée la séméiologie radiologique de l'affection.

1° - L'exploration radiologique gastro-duodénale après repas baryté constitue incontestablement l'examen le plus important. Elle montre des signes gastriques :

Ce sont des images de compression extrinsèque ou de refoulement.

Dans la majorité des cas, la masse kystique exerce sa pression d'avant en arrière et refoule l'estomac en avant. De plus, elle repousse la grande courbure en haut et à droite.

...

Cette déformation typique est celle que l'on retrouve par exemple dans les observations de Bellanger (84), Alberdi Goni (1), Mithoefer (68), Baumel (3), Minet et Toison (67), notre observation n° 3 LAV... et 6 des 10 observations de Yovanovitch (94).

Dans quelques cas, notre observation n° 1 Mme AUD... en est un exemple, la compression se fait exclusivement dans le sens antéro-postérieur sans déplacement cranio-caudal. On comprend facilement l'intérêt de l'incidence en profil strict pour mettre en évidence cette déformation.

des signes duodénaux :

- Ouverture du genu superius (signe de Gutmann) que l'on retrouve notamment dans une observation de Caroli (18) et dans notre observation n° 1 Mme AUD...

- Laminage du deuxième duodénum, qui devient filiforme. Baumel (3) a insisté sur ce signe qui a été signalé en outre par Guillemin (33), Minet et Toison (67) et Surmonte (89).

- Elargissement du cadre duodénal.

- Parfois, stase au niveau du troisième duodénum.

- Enfin et surtout, abaissement important et constant sur tous les clichés de l'angle duodéno-jéjunal. Il s'agit là probablement du plus fidèle des signes duodénaux. Il faut, en effet, une poussée considérable, rétro-péritonéale, pour refouler l'angle de Treitz solidement amarré au péritoine pariétal postérieur.

Rappelons que, normalement, l'angle de Treitz se situe à la hauteur du bulbe duodénal. Son siège présente peu de variations, 2 à 3 cm au plus, soit au-dessus, soit au-dessous du bulbe. Ce signe, déjà décrit dans les pancréatites chroniques semble, en fait, beaucoup plus exceptionnel dans cette affection que dans les faux kystes du pancréas.

A l'abaissement de l'angle de Treitz s'ajoute en règle un déplacement de celui-ci vers la droite ; dans notre observation n°3 LAV..., il se projette nettement à droite de la colonne sur le cliché de face.

Très rarement, l'angle de Treitz se trouve non abaissé mais élevé : observation P de Michoulier (65).

...

2° - L'examen du grêle :

n'apporte guère de renseignements décisifs. Il ne fait que confirmer la présence d'une masse de l'étage sus-mésocolique qui refoule les anses jéjunales vers le bas.

3° - Le lavement baryté :

montre également des images de refoulement portant surtout sur l'angle gauche qui est abaissé : Bellanger (84), observation C de Michoulier (65), Delannoy (26). Dans l'observation de Surmonte (89), c'est au contraire l'angle droit qui est nettement abaissé. Ces faits dénotent souvent une évolution du kyste dans l'étage sous-mésocolique.

4° - L'examen des voies biliaires par cholécystographie orale ou par cholangiographie des voies biliaires montre parfois la présence d'une lithiase biliaire , mais la coexistence d'une lithiase et d'une pancréatite paraît à l'heure actuelle assez contingente ou du moins inconstante.

Il révèle quelquefois une dilatation de la voie biliaire principale : Guillemin (33), Minet et Swynghedauw (66).

Il a, en outre, l'avantage de situer dans un temps pré-opératoire les rapports entre la voie biliaire et la masse kystique.

5° - L'examen des voies urinaires par urographie intraveineuse ou, éventuellement, par uretéro-pyélographie rétrograde peut, nous l'avons vu, montrer des signes de compression : déformation des calices ou du bassinet -dilatation ou déviation urétérale- abaissement d'un rein.

Le rein le plus fréquemment touché est le gauche, mais dans l'observation de Surmonte, c'est le rein droit qui subit essentiellement la poussée de la masse kystique.

C - LA STRATIGRAPHIE AXIALE TRANSVERSE

Méthode moderne permettant la visualisation directe du pancréas et de ses rapports avec les organes de voisinage, la stratigraphie axiale transverse a apporté un perfectionnement incontestable aux techniques radiologiques habituelles.

...

Rappelons qu'elle consiste, après avoir effectué une double insufflation, rétro-péritonéale par voie présacrée, et gastrique par intubation, à prendre des images tomographiques de la région pancréatique.

Le principe est basé sur la rotation synchrone et de même sens du sujet et du film, la source de rayonnement étant fixe. Le rayon étant incliné de 22° sur l'horizontale, est centré sur l'axe de rotation du film et passe par l'axe de rotation du sujet.

Bien que la méthode soit récente, elle a été introduite en France par Levrat vers 1954 ; elle a permis de diagnostiquer de nombreux faux kystes du pancréas, ou tout au moins a apporté un argument de poids.

Ainsi, dans l'observation de Guillemin (33), elle se révèle particulièrement utile en montrant une hypertrophie prédominant sur la région isthmique et céphalique.

Dans 6 observations parmi les 26 de Michoulier (65), la stratigraphie axiale transverse a apporté une contribution appréciable ou décisive, montrant une grosse masse para-pancréatique, un refoulement en avant de l'estomac ou une hypertrophie localisée à la queue du pancréas.

Les images les plus typiques sont constituées par des ombres uni ou polycycliques saillant sur les contours du pancréas. Elles s'accompagnent, le plus souvent, d'adhérences serrées à la rate et au rein gauche qui fait bloc avec la queue du pancréas.

Pour Levrat (54), il est parfois possible de différencier cet aspect de celui d'une hydro-pancréatose : dans ce dernier cas, les contours sont bosselés, l'aspect polylobé.

Pourtant, le diagnostic peut être difficile, notamment lorsqu'il n'existe pas de décollement et quand le pancréas est hypertrophié de façon diffuse.

Dans certains cas, on ne peut établir la distinction entre faux kyste du pancréas et tumeur maligne du pancréas, enfin dans certaines conditions on ne peut dire si une tumeur de la région pancréatique est bien une tumeur à point de départ pancréatique ou une tumeur du voisinage.

...

D - LA SPLENOPORTOGRAPHIE

Cet examen, réalisable de façon aisée lorsqu'il existe une splénomégalie, ce qui n'est pas toujours le cas, a le gros avantage de préciser le retentissement du faux kyste du pancréas sur le système veineux spléno-portal.

Pour L. Léger, qui s'est tout particulièrement attaché à ce problème, les modifications perceptibles portent essentiellement sur la morphologie de la veine splénique - les principales déformations associent des images de compression, de refoulement ou de thrombose.

Ainsi, la splénoportographie est susceptible d'apporter sa contribution dans les faux kystes du pancréas à plusieurs égards :

a) devant une tumeur de l'étage supérieur de l'abdomen, elle permet un diagnostic topographique.

b) elle peut apporter des données étiologiques lors d'un syndrome douloureux épigastrique sans masse perceptible.

c) elle précise l'origine d'une hémorragie digestive.

Plusieurs exemples apportés par Léger (44 et 47) confirment ces données.

Pourtant, Mallet Guy (Congrès) estime que la splénoportographie systématique n'est pas justifiée - le facteur temps étant primordial, tout délai doit être évité devant ce sujet fragile.

E - LA LAPAROSCOPIE

Nous n'avons malheureusement découvert que fort peu de documents sur les résultats obtenus par ce procédé d'investigations dans les faux kystes du pancréas.

Pourtant, cette méthode d'une innocuité pratiquement totale devrait donner des résultats extrêmement intéressants. Ne permet-elle pas de "voir" avec précision la plupart des organes abdominaux et notamment ceux de l'étage sus-mésocolique?

...

Elle donne donc des renseignements surtout négatifs qui permettent d'innocenter le foie, les voies biliaires, la région sous-phrénique, la rate, le côlon parfois, et même l'estomac.

Elle montre au contraire, comme dans l'observation n° 5 de Soupault (85) et notre observation n° 1 Mme AUD..., une masse tumorale rétro-péritonéale repoussant les organes abdominaux. Voilà qui localise nettement le problème et circonscrit les recherches.

FORMES EXTENSIVES OU FAUX KYSTES MIGRATEURS

Sollicité par la poussée croissante du liquide pancréatique qui, nous le rappelons, est sécrété à la cadence de 800 cm3 par jour, et par l'action nécrosante des ferments digestifs, le faux kyste a une tendance naturelle à l'extension. Il va augmenter progressivement de volume, et n'ayant pas de paroi propre, va s'insinuer dans les plans de clivages et dans toutes les zones de moindre résistance.

Ainsi s'explique, par la situation anatomique du pancréas et par ses rapports immédiats et à distance, les fusées lointaines de certains faux kystes.

- Si l'extension se fait vers le haut, la masse soulève la coupole gauche : Stone (86), observation de Mialaret et Edelmann citée par Mercadier (63), Doubilet (29), Bellanger (84), Yovanovitch (94) et, pour ce dernier auteur, il en résulte une diminution de l'amplitude respiratoire à l'examen radioscopique.

Se frayant un chemin à travers des déhiscences du diaphragme, l'épanchement peut aller plus loin encore, gagnant les espaces sous-pleuraux, le médiastin même, comme l'ont montré les remarquables pancréatographies de Doubilet (29) et celle de Sarles présentée par Mercadier (63).

Ces fusées médiastinales ne constituent pas uniquement des curiosités radiologiques. Elles doivent être connues car, pour rares qu'elles soient, elles peuvent égarer le diagnostic. Ainsi, dans l'observation rapportée par Clauss et Wilson (23), le malade fut opéré par thoracotomie en raison d'une masse du médiastin postérieur mise en évidence par une radio du thorax. Ce n'est qu'après avoir opacifié la cavité kystique et avoir constaté la communication avec le Wirsung que le diagnostic put être redressé.

- Si l'extension se fait à droite, la collection atteint l'hypocondre, la région sous-hépatique simule une énorme vésicule ou une hépatomégalie, se propage même au flanc droit : J. Gosset (84).

- Parfois, la propagation se fait vers le bas atteignant la racine du mésosigmoïde : Doubilet (29), le promontoire : Mialaret et Edelmann (63) ou l'anneau crural : Bellanger (84).

- Enfin et surtout, l'extension se fait en arrière, vers les lombes et la loge rénale si proche du pancréas et rétro-péritonéale comme lui. Nous avons déjà vu, avec les signes de compression urinaire, les manifestations que cela peut entraîner.

FORMES COMPLIQUEES

En dehors de la thérapeutique, qui ne peut être que chirurgicale, le faux kyste du pancréas évolue presque inéluctablement vers les complications.

Si l'on met à part les exceptionnels épanchements hémorragiques secondairement calcifiés qui ne se sont de nouveau manifestés qu'après un délai de plusieurs années : Thiers (90), Darnaud (25), on observe pratiquement toujours des incidents ou des accidents dans les semaines ou les mois qui suivent l'accident primitif.

1° - Phénomènes intra-kystiques :

Ils sont accessoires et comportent essentiellement :

- L'infection

Elle reste relativement rare sauf si l'évolution se prolonge. Mercadier (63), après avoir systématiquement examiné le liquide kystique, a constaté, certes, dans quelques cas, la présence de polynucléaires altérés, mais aucun germe n'a pu être retrouvé.

- L'hémorragie intra-kystique ne constitue pas habituellement une complication, mais davantage la cause du faux kyste dont le contenu est souvent hématique.

Pourtant, dans quelques cas, une brutale recrudescence de l'hémorragie intra-kystique, probablement liée à une ulcération vasculaire, a pu, en quelques heures, modifier le tableau clinique ou, dans certaines observations, permettre de découvrir la lésion. Ainsi, dans l'observation de Guillemin (33), c'est une brutale hémorragie intra-kystique qui a provoqué une sténose duodénale aiguë.

2° - La rupture du faux kyste n'est pas rare :

- en péritoine libre

Mercadier en rapporte 2 cas qui se sont manifestés de façon dramatique avec des symptômes comparables à ceux d'une perforation d'ulcère.

...

De même, dans l'observation de Roux, Debray et Bernier (78), la fissuration a été marquée par une douleur syncopale, des vomissements et l'affaissement immédiat de la tumeur de la tumeur de l'hypocondre gauche.

Pour Demole, Haenni et Delay (19), la perforation en péritoine libre serait le cas le plus fréquent parmi les perforations et viendrait bien avant la rupture dans un viscère creux.

- en péritoine cloisonné

Le kyste est alors susceptible de constituer un abcès sous-phrénique s'il est infecté. Si son contenu reste aseptique, une paroi va se constituer autour de cette nouvelle poche et formera un faux kyste multiloculaire.

- dans un viscère creux

La rupture se fait surtout dans l'estomac et l'on pourrait penser que, de cette manière, il se formera une kysto-gastrostomie comparable à celle de l'opération de Juracz et que cet accident sera susceptible d'amener la guérison.

Il n'en est rien et, le plus souvent, de nouvelles complications, essentiellement hémorragiques, vont survenir. Des hémorragies digestives après anastomoses kysto-gastriques spontanées ont été signalées, notamment par Struvelj (88), Jaubert de Beaujeu (37), Demole, Haenni, Delay (19), Hector et Léger (34) qui pensent qu'une hémorragie intra-kystique pré-existante peut subir une recrudescence, du fait de la décompression, Marion-Desgouttes (60), dont une observation se caractérisait sur plan clinique uniquement par des hématémèses à répétition (une dizaine) sans aucun autre signe pouvant faire évoquer un faux kyste du pancréas - L'intervention ayant finalement révélé la présence d'un faux kyste spontanément ouvert dans l'estomac, cette complication était sans nul doute à l'origine des hémorragies.

La rupture peut également se faire dans le duodénum (Coury), le côlon transverse : observation de Soupault (85), le Wirsung lui-même, l'intestin grêle, le bassinet et l'uretère : Shultze Bergmann (80).

- L'ouverture à la peau

Est tout à fait exceptionnelle et semble le fait des kystes surinfectés : Waughn et Hobbins (Surgery 1953 - 33 - n° 6, p. 881). Citons enfin l'observation de Hess rapportée par Demole, Haenni et Delay (19) qui concernait un faux kyste du pancréas spontanément rompu dans le poumon et ayant entraîné une hémoptysie foudroyante.

- CONCLUSIONS -

Nous nous sommes proposés dans ce travail d'étudier les signes susceptibles de permettre le diagnostic de faux kystes du pancréas. En effet, cette séméiologie n'a pas fait l'objet de travaux d'ensemble depuis de nombreuses années et pourtant, les descriptions classiques, auxquelles il faut conserver toute leur valeur, doivent être reconsidérées. De nouvelles observations, certains procédés d'investigation modernes, radiographies multiples, examens spéciaux tels que splénoportographies, stratigraphies axiales transverses, examens biologiques, laparoscopie, sont en effet venus s'ajouter aux notions classiques.

L'intérêt d'un diagnostic précoce s'impose si l'on considère les inconvénients pouvant survenir si l'on diffère l'heure de l'intervention. Pourtant, le polymorphisme clinique peut être la cause de lenteur dans l'établissement du diagnostic.

Notre étude est basée sur trois observations récentes inédites que nous décrivons et sur un grand nombre d'observations publiées de-ci de-là dans la littérature et qui nous ont paru posséder des détails précis et caractéristiques.

Nous avons tout d'abord rappelé la définition des faux kystes du pancréas en nous efforçant de rester clairs, précis et logiques devant les différentes conceptions des auteurs. Ainsi avons-nous réservé le terme de faux kyste du pancréas aux collections d'origine pancréatique, sans paroi propre, et consécutives le plus souvent à une pancréatite aiguë ou à un violent traumatisme épigastrique ; on élimine de la sorte les vrais kystes du pancréas possédant une paroi propre avec revêtement épithélial et les dilatations de l'arbre canalaire dues à une obstruction wirsungienne pour lesquelles notre Maître, le Dr. R. Soupault a proposé le terme d'hydro-pancréatose (ou de pancréatectasie).

Après avoir développé quelques notions étiologiques sur le terrain et les circonstances d'apparition de cette affection, nous avons envisagé les différents aspects anatomo-pathologiques pouvant être rencontrés et leurs conséquences évolutives : aspect histologique et surtout siège de l'infarcissement pancréatique, dimension et situation de la nécrose par rapport à l'arbre canalaire.

...

Nous avons pu alors aborder l'étude séméiologique proprement dite en décrivant une forme typique simple.

L'intervalle libre constitue une notion sur laquelle nous avons tout particulièrement insisté. Il est très caractéristique et tout à fait comparable à celui que l'on observe dans les hématomes extra-duraux et sous-duraux des traumatismes crâniens. De cet intervalle libre de plusieurs semaines succédant à un drame abdominal, il résulte que l'affection n'est reconnue qu'à la période d'état ou de pleine constitution.

Cette phase d'état se caractérise par quelques vagues troubles fonctionnels, douleurs, vomissements, dyspepsies, diarrhées ou constipation. Il s'y ajoute une importante atteinte de l'état général et l'examen montre une tuméfaction épigastrique volumineuse, rénitente, fixe, modérément douloureuse, mate à la percussion.

Nous avons alors souligné l'importance de l'anamnèse et d'un interrogatoire soigneux qui, devant ce tableau, analysera les circonstances d'apparition de cette tumeur, recherchant dans les antécédents lointains ou immédiats la notion d'un drame abdominal et d'un intervalle libre.

A côté de ce tableau assez caractéristique permettant de poser un diagnostic, dans nombre de cas, sur la seule clinique, existent des formes se présentant sous des aspects fort différents et expliquant les fréquentes erreurs de diagnostic.

Ce polymorphisme est dû à des signes d'emprunt que nous avons classés de la manière suivante :

Tout d'abord, les signes liés à des phénomènes de compression :

- compression gastro-duodénale ou jéjunale, colique et biliaire, pouvant créer par exemple un ictère mécanique.

- compression de la rate et de ses vaisseaux, capable d'engendrer des hémorragies par varices oesophagiennes ou tubérositaires.

- compression urinaire. Rappelant les rapports anatomiques étroits entre pancréas et rein gauche, nous nous sommes efforcés de montrer à l'aide de nombreux exemples que les signes urinaires prenaient une place de premier plan dans la clinique des faux kystes du pancréas.

...

Nous avons ensuite évoqué les signes d'emprunt liés à des phénomènes irritatifs de voisinage, nous attachant plus particulièrement à l'étude des épanchements péritonéaux et pleuraux d'une incontestable fréquence. La possibilité de réactions pulmonaires parenchymateuses a été envisagée et nous avons rapporté certains travaux expérimentaux et cliniques qui tentent d'expliquer leur pathogénie.

Ainsi a pu être élaboré un tableau clinique d'ensemble de l'affection. Son polymorphisme explique les difficultés du diagnostic, nous avons donc effectué une revue des examens paracliniques susceptibles d'apporter des renseignements complémentaires.

- Examens biologiques : Etude des fonctions exocrines pancréatiques faisant état de l'inconstance des résultats fournis par le dosage de l'amylasémie, mais de la considérable valeur d'orientation d'une hyper-amylasémie lorsqu'elle existe. Evaluation de la fonction pancréatique insulaire montrant notamment l'intérêt de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée.

- Examens radiologiques :

Ils occupent une place de tout premier plan parmi les examens complémentaires ; qu'il s'agisse des examens radiologiques digestifs : de l'estomac et du duodénum, nous avons montré quelles déformations pouvaient être observées et insisté sur la valeur de l'abaissement de l'angle de Treitz normalement fixé de façon solide au péritoine pariétal postérieur.

Après avoir également envisagé les renseignements fournis par les examens radiologiques du grêle, du côlon, des voies biliaires et urinaires, nous avons attribué à

la splénoportographie, permettant le dépistage des atteintes vasculaires spléniques,

la laparoscopie

et surtout la stratigraphie axiale transverse,

la place qui leur revient.

Enfin, nous avons fait un chapitre spécial pour certaines formes à localisations particulières. Rares, sinon exceptionnels, certains faux kystes géants ou faux kystes migrateurs peuvent, en effet, se propager vers le bas, atteindre les fosses iliaques, l'arcade crurale ou le promontoire, ou vers le haut, les espaces sous-pleuraux, le médiastin ou le parenchyme pulmonaire.

...

Nous avons terminé notre étude par les formes compliquées, par phénomènes intra-kystiques : infection ou hémorragie, ou par la rupture du faux kyste, qu'elle se produise en péritoine libre ou cloisonné, dans un viscère creux ou, tout à fait exceptionnellement, à la peau.

Au terme de ce travail, nous espérons avoir pu brosser un tableau général des faux kystes du pancréas, non comme une vue de l'esprit, mais sur la base de faits nombreux et vécus.

Les arguments permettant une meilleure connaissance séméiologique de cette affection autrefois rare prendront peut-être une valeur accrue si, comme nous le pensons, les faux kystes du pancréas deviennent de plus en plus fréquents au fur et à mesure que les malades atteints de pancréatite aiguë, autrefois mortelle, seront sauvés par les nouvelles thérapeutiques médicales.

B I B L I O G R A P H I E

1 - José Maria Alberdi Goni - José Maria Alberdi Frias
"L'atélectasie pulmonaire de la base gauche dans les pancréatites aiguës avec inondation de l'arrière cavité des épiploons".
Bolet. cult. inform. cons. gen. coleg. med. Espana (Madrid).
Mai 1958 - 21 (118) pp. 13-21.

2 - Bailly
"Kysto-entéro-anastomose dans le traitement des kystes du pancréas".
Thèse Méd. Paris
1957 - 964 - 52 p. dact.

3 - Baumel - Pédoussaut
"Pseudo-kystes post-nécrotiques du pancréas".
Presse Méd.
25 Décembre 1950 - 58 (82) pp. 1470-1471 - Biblio.

4 - Baumel - Fassio
"Des aspects radiologiques de l'estomac et du duodénum au cours des affections pancréatiques".
Jées des gastro-entérol. français
15-16 Juin 1951 in Arch. mal. app. dig.
40 (11 bis) pp. 383-392.

5 - Baumel - Pédoussaut - Fassio - Andréani
"Aspect du duodénum dans quelques cas d'affections pancréatiques".
Soc. Gast.-entér. litt. médit.
25 Février 1951 in Arch. mal. app. dig.
Juin 1951 - 40 (6).

...

6 - Belle Smith
Arch. of Surgery
1953 - 67 (1) pp. 52.

7 - Bérard et Cade
"Sur un point intéressant de la séméiologie du pseudo-kyste du pancréas. Les grosses variations de volume de la tumeur".
Jées Méd. Lyon
20 Août 1928 - 9 - 459.

8 - A. Bernard - A. Delattre - P. Lamelin
"La pancréatite aiguë et ses deux syndromes clinique et expérimental".
Soc. Méd. et Anat. clinique de Lille
Séance du 12 Juin 1957 in Jal des Sciences Médicales de Lille.
1957 (7) pp. 355-371 - Biblio.

9 - A. Bernard - A. Delattre - P. Lamelin
"Sur la formation de l'ascite dans la pancréatite aiguë".
Soc. Méd. et Anat. clinique de Lille
Séance du 26 Juin 1957 in Jal des Sciences Médicales de Lille.
1957 (7) pp. 371-382.

10 - A. Bernard - A. Delattre - P. Lamelin
"L'ascite dans la pancréatite aiguë".
Soc. Nat. Fse Gast. entér.
Séance du 8 Juillet 1957 in Arch. mal. app. dig.
1957 - 46 (10) pp. 995-1007 - Biblio.

11 - A. Bernard - A. Delattre - P. Lamelin
"La pancréatite aiguë. Double syndrome rétropéritonéal glandulaire et neuro-capillaire - Clinique et expérimentation".
Soc. Nat. Fse Gast. entér.
Séance du 8 Juillet 1957 in Arch. mal. app. dig.
1957 - 46 (10) pp. 1007-1024. Biblio. Discussion.

12 - Adolphe Bernard
"Aorte abdominale et pancréas : leurs réactions réciproques dans la pancréatite aiguë".
Jal Sciences Méd. de Lille
1957 (7) pp. 391-399.

...

13 - Adolphe Bernard
"Le couple Trypsine-Hitamine dans la pancréatite aiguë".
Presse Méd.
13 Juin 1959 - 67 (29) pp. 1207-1209.

14 - Adolphe Bernard
"Importance de l'atteinte surrénale dans la pancréatite aiguë".
Soc. Méd. et Anat. clin. de Lille
Séance du 26 Juin 1957 in Jal des Sciences Méd. de Lille
1957 - n° 7 - pp. 383-390 - Biblio.

15 - Bockus
"Gastro-enterology" - 3 vol.
W.B. Saunders Company - Philadelphia and London.

16 - Brocq - Aboulker
"Le traitement des pseudo-kystes du pancréas par le drainage interne".
Presse Méd.
24 Février 1940 - n° 18-19 - pp. 222-223 - Biblio.

17 - Cachin - Tanret - Mousaingeon - Levillain
"Sur deux cas de pancréatite aiguë hémorragique avec hématome périrénal, anurie, étude des répercussions humorales".
Soc. Méd. Hôp. Paris.
10 Décembre 1954 - pp. 1188-1198.

18 - J. Caroli
"Les ictères par rétention".
Masson édit.

19 - Cattan - Olivier - Libaude
"Kystes pancréatiques".
Actualités gastro-entérol. de l'Hôtel Dieu 1956.

20 - Cattel - Warren
Surgery of the Pancreas
Philadelphia and London : W.B. Saunders Co 1953.

...

21 - Chalnot - Grosdidier (Nancy).
"Hémorragie digestive grave par rupture de varices duodénales dues à un faux kyste de la tête du pancréas ayant provoqué une hypertension portale localisée".
Soc. Nat. Fse Gast. entér.
Séance du 10 Mars 1957 in Arch. mal. app. dig.
46 (5) pp. 457-459.

22 - Chodoff
"Pseudo-kystes pancréatiques".
Ann. of Surgery
Novembre 1948 - 128 (5) pp. 981-986.

23 - Clauss - Wilson
"Pancreatic pseudo cyst of mediastinum".
Journ. Thorac. Surgery
Juin 1958 - 35 (6) pp. 795-801

24 - Corcos
"Contribution à l'étude des pseudo-kystes du pancréas".
Thèse Paris.
1947 - n° 337.

25 - Darnaud - Monnié - Denard
"Kyste hématique post-traumatique du pancréas se révélant après un intervalle libre de 10 ans".
J. Electro-radiol.
1951 - 32 (1-2) p. 118.

26 - Delannoy - Lagache - Gautier
"Faux kystes du pancréas. Kysto-jéjunostomie".
Arch. mal. app. dig.
Novembre 1951 - 40 (11)pp. 1222-1224 - Biblio.

27 - Desjaques - Villiers
"Pseudo-kyste du pancréas après pancréatite aiguë hémorragique traité par drainage externe".
Soc. de chir. de Lyon.
Séance du 12 Juin 1958 in Lyon chirurg.
Janvier 1959 - 55 (1)pp. 113-114.

28 - Doubilet Henry
"Pancreatic pseudo cyst - present concept as to etiology".
Mars 1957 - Surg. 41 (3) pp. 522-523.

...

29 - Doubilet - Popel - Mulholland (New York)
"Pancreatography - Indications and observations".
The J.A.M.A. vol. 163.
23 Mars 1957 - n° 12 - pp. 1027-1030 - Biblio.

30 - Doubilet H. - Mulholland J.H.
"Pancreas cyst - Principles of treatment".
Surg. gynecol. obstetr.
Juin 1953 - 96 (6) pp. 683-692 - 23 fig.

31 - Gandin - Jaffry
"Du choix de l'intervention thérapeutique dans les faux kystes du pancréas". (trois observations)
Soc. de chir. de Lyon
Séance du 19 Juin 1958 in Lyon chir.
Janvier 1959 - 1 - pp. 129-132.

32 - Bernard Griffiths - Dagneaux - Magne - Petit
"Pseudo-kyste du pancréas - Coma diabétique dans les suites à distance".
Soc. de gastro-entér. du Sud-Ouest.
Séance du 26-27 Avril 1958 in Arch. mal. app. dig.
Septembre 1958 - 47 (9) pp. 1005-1009.

33 - Guillemin - Girard - Lugand - Traeger - Dubois - Bouchet
"Faux kyste sur pancréas annulaire - Hémorragie intra-kystique provoquant une sténose duodénale aiguë - Duodénopancréatectomie céphalique suivie de succès".
Jal de Méd. de Lyon
20 Avril 1959 - n° 943 - pp. 367-369.

34 - Hector - Léger
"Communications d'un faux kyste du pancréas avec le canal de Wirsung - Hémorragie digestive".
Mem. ac. chir.
Séance du 4 Décembre 1957 - 83 (29-30) pp. 937-945.

35 - Hepp - Mercadier
"Sur une statistique de 36 kystes et pseudo-kystes du pancréas".
Soc. Nat. Fse Gast-entér.
Séance du 12 Janvier 1959 in Arch. mal. app. dig.
Mars 1959 - 48 (3) - pp. 187-207.

...

44 - L. Léger
"Hémorragies digestives d'origine pancréatique".
Jées Fses Gast-entér. Paris.
25-26 Octobre 1959 in Arch. mal. app. dig.
1959 - 48 (7-8 Bis) pp. 189-197.

45 - Léger - Bréhant
"Chirurgie du pancréas".
Masson éd. 1 vol. - 564 pages.

46 - Léger - Brunet
"Les douleurs dans les syndromes chroniques d'origine pancréatique".
Presse Méd.
5 Septembre 1959 - 67 (41) pp. 1543-1546.

47 - Léger - Cachin - Fumery - Hector
"Exploration radio-chirurgicale des faux kystes du pancréas - Drainage canalaire".
Presse Méd.
1957 - 65 - pp. 2136-2139 - 10 fig.

48 - L. Léger - Lajouanine - Cornet - Arnavielhe
"Le retentissement splénique des affections pancréatiques".
Presse Méd.
1954 - 62 - pp. 667-669.

49 - L. Léger - R. Roy Camille
"Hémorragies digestives au cours des pancréatites - Etude splénoportographique".
Presse Méd.
1959 - 67 (53) : Atlas de Radiologie clinique.

50 - Ed. Levitzky - Elton - Lance - Lorrimer - Armstrong
"Pseudo cyst of the pancreas in childhood".
A.M.A. Jal of Disease of children.
1956 - 92 - pp. 60-62.

51 - Levrat - Giraud - Bret
"Exploration radiologique du pancréas par stratigraphie axiale transverse".
Arch. mal. app. dig.
1954 - 43 (2) pp. 177-185.

...

52 - Levrat - Bret - Costaz
"Exploration radiologique du pancréas par stratigraphie axiale transverse". Nouveaux documents.
Arch. mal. app. dig.
1956 - 45 (3) pp. 189-198.

53 - Levrat - Brette et Bret
"Exploration radiologique du pancréas par stratigraphie axiale transverse".
Soc. Méd. Hôp. Paris
21 Novembre 1958 - pp. 812-815.

54 - Levrat - Bret
"Exploration radiologique du pancréas par stratigraphie axiale transverse".
Jal de chir.
1959 - 78 (1) pp. 59-66.

55 - J. Loygue - M. Garbay - Heuguet - Et. Levy
"Corticothérapie dans la pancréatite aiguë hémorragique".
Jal de chir.
Août-Septembre 1958 - 76 (2) pp. 231-240 - Biblio.

56 - De Luna
"Tumeur kystique du pancréas avec signes radiologiques de compression".
Soc. Gast. entér. du littor. Méditér.
22 Mars 1952 in Arch. mal. app. dig.
41 (11) pp. 1100-1112.

57 - Mallet Guy
"Hémorragies digestives d'origine pancréatique".
Jées Fses de Gast. entér. Paris
25-26 Octobre 1959 in Arch. mal. app. dig.
1959 - 48 (7-8 Bis) pp. 189-197.

58 - Mallet Guy - Michoulier
"Résultats et indications du traitement chirurgical des pseudo-kystes du pancréas".
60ème Congrès Français de chir. Paris.
6 au 11 Octobre 1958 - pp. 227-300.

...

59 - Mallet Guy - Vachon
"Pancréatectomie d'amont pour pseudo-kyste nécrotique du pancréas".
Presse Méd.
1943 - pp. 121.

60 - Marion - Desgouttes
"A propos des hématémèses au cours des pseudo-kystes du pancréas".
Soc. de chir. de Lyon.
Séance du 26 Juin 1958 in Lyon chir.
Janvier 1959 - 1 - pp. 135-137.

61 - Ménégaux
"Manuel de pathologie chirurgicale".
Masson édit.

62 - Mercadier
"Les kystes du pancréas".
Rev. mal. Foie, Rate et Pancréas.
1956 - 31 (4) pp. 1-39.

63 - Mercadier
"Méthodes et indications du traitement des formations kystiques et pseudo-kystiques du pancréas".
60ème Confrès Français de chir. Paris
6 au 11 Octobre 1958 - pp. 124-225.

64 - Mercadier
"Traitement des pancréatites aiguës".
La Revue du Praticien.
11 Juillet 1959 - 9 (20) pp. 2211-2226.

65 - Michoulier
"Pancréatectomie d'amont dans le traitement des pseudo-kystes et des fistules pancréatiques".
Thèse de Lyon.
1958 - n° 43.

66 - Minet - Swynghedauw- Laine - Linquette
"Pancréatite chronique calcifiée avec formation kystique de la queue du pancréas".
Soc. Gast-entér. de Paris
Séance du 16 Juin 1946 in Arch. mal. app. dig.
36 (1-2) pp. 94-101.

...

67 - Minet - Toison
"Volumineux faux kyste du pancréas".
Arch. mal. app. dig.
Novembre-Décembre 1947 - 36 (11-12) pp. 626-632.

68 - James Mithoefer
"Pseudo cyst of the pancreas in childhood".
Pediatrics.
Octobre 1951 - 8 (4) pp. 534-541 - Biblio.

69 - Mondor - Porcher - Olivier
"Radio-diagnostics urgents - Abdomen".
Masson édit.

70 - Mouchet - Mallet Guy - J. Gosset - J. Hepp
"Précis de pathologie chirurgicale".
Tome V Abdomen - Masson édit.

71 - Olivier - Lord - Libaude - Stavré
"Résultats immédiats et secondaires de deux kysto-jéjunostomies sur anse en Y pour un faux kyste de la tête du pancréas".
Ac. chir.
19 Juin 1957 - 83 - pp. 589-596.

72 - Ormont - Wadsworth - Morley
"Pancreatic lesions confusing urologic diagnosis".
The Journ. of urolog. - 1942 - 48 - pp. 650-657.

73 - Pinkham R.D.
Pancreatic collections following pancreatitis and pancreatic necrosis.
Sing. Gyn. Obst. - 1945 - 80 (3) p. 227.

74 - Poilleux - Henry
"Kystes du pancréas et faux kystes".
Encyclop. Méd. chir.
2506 A10 Pancréas.

75 - Poilleux - Houdard
"A propos des hémorragies après kysto-anastomose".
Ac. chir.
18 Décembre 1957 - 83 - pp. 975-976.

...

76 - Prévost - Langeron
"Traumatisme du pancréas tardivement révélé par un hématome enkysté de l'arrière cavité des épiploons".
Soc. de Gast-entér. de la région du Nord
Séance du 15 Mars 1959 in Arch. mal. app. dig.
Septembre 1959 - 48 (9) pp. 1004-1007 - Biblio.

77 - Louis Ramond
"Un mystère abdominal".
Presse Méd.
23 Mars 1946 - n° 73 - p. 192.

78 - Roux - Debray - Bernier
"Volumineuse collection enkystée de l'arrière cavité des épiploons consécutive à une pancréatite nécrosante subaiguë".
Sem. Hôp. Paris
6 Mars 1950 - 26 (18) pp. 805-809 - Biblio.

79 - Sheridan Evans - John Lubben - Herschel E. Whigham
"Pancreatic Pseudocyst of ascaris origin".
Annuals of Surgery
Novembre 1953 - 138 (5) pp. 801-804.

80 - Schultze Bergmann (Hamburg)
"Contribution à l'étude des kystes du pancréas perforés".
Zeutrablatt für chrirurgie
Novembre 1957 - 82 (48) pp. 1969-1976.

81 - Shumaker
"Drainage interne des kystes du pancréas par kysto-jéjunostomie en Y".
Annuals of Surgery
Janvier 1954 - pp. 53.

82 - Siffre - Faugeras - Forestier
"A propos de deux faux kystes du pancréas".
Soc. de chir. de Lyon
Séance du 5 Juin 1958 in Lyon chirurgical
Janvier 1959 - 55 (1) pp. 109-112.

...

83 - R. Soupault
"Faux-kystes du pancréas"
Entretiens de Bichat - chirurgie
1959 - pp. 139-142.

84 - R. Soupault
"A propos des faux kystes du pancréas".
Ac. de chirurgie
2 Juillet 1958 - pp. 678-683 - Discussion.

85 - R. Soupault - Gielis - Cukor
"Considérations sur les faux kystes du pancréas".
Arch. mal. app. dig.
Mars 1959 - 48 (3) pp. 129-150.

86 - Stone E.P.
"Pancreatic cyst simulating renal disease".
The Journ. of Urolog.
Août 1949 - 62 - pp. 104-117.

87 - Stoppa
"Accident hémorragique de la gastro-kystostomie dans les faux kystes du pancréas".
Afrique française chirurg.
1958 - T. XVI (5) pp. 412-416.

88 - L. Struvelj (Trieste)
Hématémèse d'un pseudo-kyste du pancréas par anastomose gastrique spontanée".
Minerva chirurgica.
Avril 1958 - 13 (8) pp. 451-456.

89 - Surmonte J.A. - Miller J.M. - Ginsberg M. - Meisel H.J.
"Pseudo cyst of the pancreas simulating disease of the kidney".
The Journal of urology (Baltimore).
Mai 1959 - 81 (5) pp. 606-608.

90 - Thiers - Colomb - Fayolle - Moulin - Chassard
"Un cas de psoriasis associé à un pseudo-kyste du pancréas".
Soc. Fse de Dermato-Syphiligraphie
Séance du 27 Mars 1958 in Bullet. de derm. et syphiligr.
1958 - 65 - pp. 190-191.

...

91 - Thiriet
"Des kystes vrais et des pseudo-kystes nécrotiques du pancréas".
Thèse Lyon.
8 Mai 1949 - 56 pages.

92 - Vachon - Romier
"Les hémorragies gastro-intestinales au cours des affections pancréatiques".
Sem. des Hôp.
20 Février 1957 - pp. 641-649 - Biblio.

93 - Warren - Marsh - Muller
"Production expérimentale de pseudo-kystes du pancréas observations sur le drainage interne".
Surgery Gyn. obst.
Octobre 1957 - 105 (4) pp. 385-392.

94 - B. Y. Yovanovitch (Belgrade)
"Quelques considérations pratiques sur les kystes du pancréas".
Le Scalpel
12 Septembre 1959 - 112 (37) pp. 893-903.

Vu le Doyen

L. BINET

Vu le Président

Professeur Ch. DEBRAY

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

91 - Thiriet
"Des kystes vrais et des pseudo-kystes nécrotiques du pancréas".
Thèse Lyon.
8 Mai 1949 - 56 pages.

92 - Vachon - Roulet
"Les hémorragies gastro-intestinales au cours des affections pancréatiques".
Sem. des Hôp.
20 Février 1957 - pp. 641-649 - Biblio.

93 - Warren - Marsh - Muller
"Production expérimentale de pseudo-kystes du pancréas observations sur le drainage interne".
Surgery Gyn. obst.
Octobre 1957 - 105 (4) pp. 385-392.

94 - B. Y. Voyanovitch (Belgrade)
"Quelques considérations pratiques sur les kystes du pancréas".
Le Scalpel
12 Septembre 1959 - 112 (37) pp. 893-903.